FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1956 N°

860

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

BEUCHER Max Antoine

Né le 10 février 1922 : Le Mans (Sarthe)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

... JUIN 1956

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'AGRAMMATISME

(Etude de 20 cas)

Président : M. Th. ALAJOUANINE -Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1956 N°

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

BEUCHER Max Antoine

Né le 10 février 1922 : Le Mans (Sarthe)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

... JUIN 1956

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'AGRAMMATISME

(Etude de 20 cas)

Président : M. Th. ALAJOUANINE -Professeur.

A MES PARENTS

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A DOMINIQUE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552424_0036

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur A L A J O U A N I N E

qui a bien voulu nous accueillir
dans son Service, et nous ouvrir
le Centre du Langage,
en hommage de notre profonde
reconnaissance

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGREGES

CASTAIGNE et François LHERMITTE

en remerciement de l'encouragement et des conseils qu'ils nous ont prodigués

A Mademoiselle Blanche de RIBAUCOURT

dont l'aide amicale, efficace
et souriante, nous a permis de
réaliser ce travail

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

1943-1944	:	M. le Pr MATHIEU
		M. le Dr PADOVANI
1944-1945	:	M. le Pr SENEQUE
		M. le Pr CHIRAY (in memoriam)
1946-1947	:	M. le Dr BRODIN
		M. le Pr HEUYER
1947-1948	:	M. le Dr BOLGERT
		M. le Pr DONZELOT
1948-1949	:	M. le Pr HAGUENAU
1949	:	M. le Dr BLOCH
		M. le Pr MICHON

Internat

1951-1952	:	M. le Dr MANDE
1952-1953	:	M. le Pr HEUYER
		M. le Dr PERON
1953	:	M. le Pr DELAY
1954-1955	:	M. le Pr agrégé MICHAUX
1955-1956	:	M. le Pr ALAJOUANINE

I N T R O D U C T I O N

LITTRE dans son dictionnaire définit ainsi la grammaire "art d'exprimer ses pensées par la parole ou par l'écriture d'une manière conforme aux règles établies par le bon usage".

La grammaire appartient donc au langage, (parlé ou écrit) mais elle n'en constitue qu'une partie. Le langage est en effet généralement considéré comme étant constitué de trois différentes "couches" (KLEIST I9I4).

I - Le son isolé, le "phonème", dépourvu de sens par lui-même, et qui n'est, en somme, que le porteur du sens exprimé par les 2 autres couches.

2 - Le mot à signification objective, catégorie à laquelle n'appartiennent que les "mots pleins" : substantifs, adjectifs et verbes, déduction faite de leur "côté" grammatical (pluriel des substantifs et adjectifs, conjugaison des verbes). Ces mots expriment des données effectives ou intellectuelles objectives.

3 - La phrase qui, elle, représente le domaine de la grammaire. En effet, en plus du "côté" grammatical des "mots pleins", elle comprend les mots de liaison servant à exprimer les rapports existant entre les "mots pleins" (articles, pronoms, prépositions, conjonctions, adverbes et interjections).

En fait, comme le faisait déjà remarquer STEINTHAL en I89I, cette séparation entre "mots pleins" et "mots de liaison" est peut-être trop absolue. Etudié depuis ARISTOTE, ce problème n'a jamais reçu de solution définitive.

Cependant, si l'on veut laisser de côté les détails des discussions des linguistes et des philosophes, nous pouvons conclure de la manière suivante : à la grammaire, n'appartient pas la catégorie des sons isolés, ni la catégorie de la désignation verbale objective constituée par les "mots pleins", mais exclusivement la catégorie formée par la "grammatisation" de ces mots, leur juxtaposition et leur "liaison" dans la phrase, ces opérations devant s'accomplir, si l'on en croit LITTRE, conformément "aux règles établies par le bon usage".

Il faut tout de suite faire remarquer que les règles et le bon usage, seront variables selon les époques et surtout selon les langues.

Les grammairiens estiment généralement que les langues, considérées selon leur structure grammaticale se répartissent de la manière suivante : à un bout de l'échelle, l'Esquimau, d'une extraordinaire complexité grammaticale, ainsi que certaines langues caucasiennes (l'une d'entre elle, l'abchasische, comporte par exemple plusieurs centaines de milliers de manière de "grammatiser" le verbe mourir); à l'autre bout de l'échelle, le chinois, avec une absence totale de structure grammaticale, puisqu'il ne comprend que des mots de une syllabe, ne se déclinant pas, (ainsi la phrase : "Cette armoire est pleine de livres" se dirait littéralement, en chinois : "Ceci - livre - armoire - morceau - dedans - avoir - très - beaucoup - livre).

Cette courte introduction, essayant de définir ce que représente la grammaire, va imposer deux conclusions,

en ce qui concerne la définition de l'agrammatisme.

I - L'agrammatisme est un trouble qui porte sur la couche grammaticale du langage et, si l'on s'en tient strictement à la définition étymologique, c'est un trouble qui la supprime radicalement, et qui, selon l'expression de Th. ALAJOUANINE "réduit squelettiquement l'organisation grammaticale, la phrase ne contenant plus que des substantifs, adjectifs et verbes à l'infinitif".

Cette définition, impose à son tour au moins deux remarques :

a) - Contrairement à ce qui a été fait pendant longtemps, le paragrammatisme ou dyssyntaxie, où il n'y a pas suppression, mais altération de la couche grammaticale (fausses tournures grammaticales, par exemple) doit être éliminée de l'étude de l'agrammatisme.

b) - L'agrammatisme compris au sens le plus strict de la définition étymologique, n'existe pas. Il représenterait en effet, cliniquement, un trouble qui n'atteindrait que la couche grammaticale, en la supprimant totalement. Les malades atteints de ce trouble ne devraient pas présenter d'autres troubles aphasiques : ce que nous n'avons jamais observé. Ils devraient, en s'exprimant, n'utiliser que des substantifs, adjectifs et verbes totalement dépourvus de "grammatisation", ce que nous n'avons jamais eut l'occasion d'observer, non plus.

Nous étudierons donc, simplement, un trouble, dont la manifestation la plus évidente, se rapproche beaucoup de ce que serait un agrammatisme "idéal" mais qui n'en est jamais un. Le terme "agrammatisme" peut cependant être conservé, car il est approximativement exact, et a été utilisé par de nombreux auteurs.

2 - L'agrammatisme est variable selon les langues, comme est variable la grammaire elle-même. Sa fréquence augmente avec la complexité de la langue. Par exemple, si l'on s'en tient aux langues qui nous sont les plus familières, l'allemand et les langues latines qui sont proches de l'Esquimau dans "l'éventail grammatical" des langues, sont propices à la survenue de l'agrammatisme : il existe (en allemand surtout) une abondante littérature à ce sujet; l'anglais, grammaticalement proche du Chinois y est moins propice : la littérature concernant l'agrammatisme est presque totalement inexistante.

EVOLUTIONS DES IDEES SUR L'AGRAMMATISME

Cet exposé historique sera, peut-être, un peu plus détaillé qu'à l'accoutumé, dans ce genre de travail. Mais la complexité de certaines explications, surtout de celles se rapportant à la signification de l'agrammatisme, imposait, si l'on ne voulait pas trahir la pensée des auteurs, de les exposer largement.

En I8I9 DELEUZE, dans son "Histoire critique du magnétisme animal" décrit ainsi une de ses malades, femme d'un notaire de l'Artois : "Hémiplégique depuis 2 ans, elle voyait et jugeait bien ce qui se passait autour d'elle, mais elle avait perdu la faculté de lire, celle de compter, et celle de parler comme tout le monde. En parlant, elle n'employait que l'infinitif des verbes, et elle ne faisait usage d'aucun pronom. Ainsi elle disait très bien : "Souhaiter bonjour, rester, mari venir". Mais elle ne faisait absolument aucune conjugaison".

D'emblée se trouvait ainsi établie une très exacte description clinique de l'agrammatisme. L'évolution seule peut nous sembler quelque peu inexacte et par trop favorable, puisque DELEUZE signale que, traitée par le magnétisme, la malade s'améliorat notablement.

Par la suite, l'évolution des idées sur l'agrammatisme suivit évidemment les grands courants d'idée sur l'aphasie en général.

AGRAMMATISME ET THEORIES ASSOCIATIONISTES

C'est seulement à l'époque de l'"associationisme"

qu'apparaît l'étude de l'agrammatisme dans l'histoire de l'aphasie. Non pas avec BASTIAN, qui en cite plusieurs cas sans en discuter (I869), mais avec STEINTHAL (I87I) qui le désigne sous le nom d'akataphasie et le définit comme "l'impossibilité de former une phrase", et surtout avec KUSSMAUL qui crée le terme "agrammatisme" en I873. Pour KUSSMAUL, l'agrammatisme est, avec l'aphasie ataxique, l'aphasie amnésique, la surdité verbale, la cécité verbale et la paraphasie, l'un des 6 troubles constituant l'aphasie en général. L'agrammatisme embrasse les troubles de l'agencement syntactique des mots. Le trouble porterait ici sur le "mouvement de la pensée" qui, normalement, ne s'exerce librement que dans la mesure où elle peut faire confiance aux automatismes de la parole. Le plus souvent, ce trouble est lié à l'aphasie amnésique, à la difficulté de trouver facilement certains mots. En effet, si les mots manquent en grand nombre, la pensée de l'orateur est distraite vers la recherche du mot, et il lui devient impossible de composer une phrase.

En I879, BROADBENT présente une observation d'un malade agrammatique, et la commente. "Hémiplégie brutale sans coma avec suppression du langage, puis, stéréotypie verbale (yes - yes) et agrammatisme "No - evening - evening - put down my cigar, smoking not quarter of an hour - all at once - couldn't speak". Ce malade présente, selon lui : "une atteinte du langage où la mémoire des noms est plus ou moins conservée, mais où il y a une perte de la faculté de construire des phrases". Ce trouble est dû à une lésion du centre P (propositioning center) situé dans la 3ème circonvolution frontale

gauche, lésion qui empêche le malade d'utiliser correctement les mots dont-il dispose. BROADBENT imagine en effet le schéma suivant : un centre N (Naming Center) reçoit les incitations émanées de divers centres perceptifs (visuels, tactils et surtout auditifs). Les noms y sont emmagasinés. Il est situé dans la 2ème circonvolution temporale. Ces mots sont ensuite : "installés dans un cadre pour l'expression extérieure" au niveau du centre P proche du centre S (Speech ou utterance Center) grâce auquel se fait l'expression extérieure. Le centre S est situé au niveau du pied de la frontale ascendante. La proximité des 2 centres P et S explique la fréquence de la concommitance de leur atteinte. BROADBENT avait ainsi fort bien reconnu l'agrammatisme. Mais il indique également, comme exemple de l'atteinte du centre P un malade de BASTIAN atteint de jargonaphasie. Il confondait donc agrammatisme et dyssyntaxie (ou paragrammatisme).

AGRAMMATISME ET APHASIE AMNESIQUE

Lorsque PITTRES ressuscite en I898 la vieille notion d'aphasie amnésique, telle que TROUSSEAU l'avait conçue, il fait de l'agrammatisme (ou acataphasie) l'une des 2 formes de cette aphasie amnésique, l'autre forme étant l'antonomasie où l'oubli des mots porte exclusivement ou de façon très prédominante sur les substantifs. Il présente un malade agrammatique qui après une phase de suppression du langage décrit ainsi le début de sa maladie : " J'étais au chai ... depuis hier, fatigué, éreinté ... alors au téléphone ... vous êtes là Monsieur ? ... Je tombe ... puis je vais seul chez moi ... Tiens, la porte fermée ... Ma mère au marché ... J'ai la clé ...

Ouvrez ... Fermez ... etc. etc. ...".

"Dans cette variété d'aphasie amnésique, écrit PITTRES, les malades ne construisent plus de phrases. Ils parlent "nègre" : "Moi, pas content; moi, mal manger". (Signalons que dans un autre article, PITTRES cherchera à distinguer 2 sortes d'agrammatisme : le style "petit nègre" et le "style télégraphique").

En fait, pour PITTRES, l'aphasie amnésique constitue une seule entité, et les variétés qui la compose correspondent seulement à des degrés de profondeur différent d'un même trouble. Ainsi, l'autonomasie serait une forme plus légère, l'agrammatisme une forme plus profonde. Il s'agirait dans les 2 cas, d'aphasie par dysmnésie verbale dont l'explication s'inspire des conceptions de RIBOT (I88I) dont l'oeuvre exercait alors une grande influence en France, et de KUSSMAUL qui fut traduit en français en I884. Pour RIBOT, dans la "désagrégation de la mémoire", il y a une "marche progressive des substantifs aux verbes qu'expriment des qualités, des manières d'être, etc. ...". KUSSMAUL développe des vues identiques. "Plus une idée est concrète, plus le mot qui la représente fait défaut quand la mémoire s'affaiblit ... C'est pourquoi les verbes, adjectifs, pronoms et surtout les adverbes, prépositions, conjonctions, restent plus intimement accrochés à la pensée que les noms de personne ou de choses déterminées".

Ainsi l'explication globale de l'aphasie amnésique démontre, exactement le contraire de ce qui se passe dans

l'agrammatisme et est, malgré tout reconnu assez bizarement comme valable par PITTRES, même pour l'agrammatisme. Le malade agrammatique, n'aurait plus à sa disposition que quelques mots familiers, ce qui l'empêcherait d'associer ces mots en séries grammaticales "parce que la construction d'une phrase implique la libre disposition de substantifs, de verbes, d'adjectifs, d'articles, etc. ... dont le malade a perdu le souvenir".

LANGDON (I904) défend également la théorie amnésique. Selon lui "la grammaire n'a rien à faire avec l'acquisition ou la réacquisition du langage. L'acquisition du langage et de la grammaire est un processus purement amnésique. Le langage doit être considéré comme une simple question de mémoire, n'ayant rien à voir avec la grammaire".

AGRAMMATISME ET THEORIES "FONCTIONNELLES", PHYSIO-PATHOLOGIQUES

Si, la période, que l'on a coutume d'appeler, période de la méthode anatomo-clinique, avec Pierre MARIE et Charles FOIX, n'apporte rien de nouveau au sujet de l'agrammatisme, la période suivante par contre va mettre son étude au premier plan, puisque c'est en dédiant son livre sur l'agrammatisme à HUGHLINGS JACKSON que PICK en I9I3 va imposer les conceptions "fonctionnelles" de celui qu'il appelle "le plus profond penseur en névropathologie, du siècle dernier".

Les analyses des auteurs de cette période se fondent sur un principe nouveau issu de la doctrine jacksonienne et des recherches des psychologues (en particulier Alfred BINET, et les psychologues de l'école de WURZBOURG) : on va maintenant rattacher

les troubles observés, non plus aux composantes sensorielles et motrices du langage, mais aux différents moments du progrès qui se fait de l'attitude mentale à la formulation verbale.

Le volume de PICK, constituait la première partie d'un ouvrage dont la deuxième partie n'est jamais parue. Cela explique son caractère théorique et introductif. L'auteur s'efforce, d'une manière générale, de situer le problème de l'aphasie par rapport aux idées contemporaines des linguistes et des psychologues sur la structure et les fonctions du langage envisagé comme un processus dynamique et temporal dont il est nécessaire de suivre les moments successifs. Nous ne détaillerons pas davantage ici les conceptions de PICK qui est revenu sur ce problème de l'agrammatisme l'année précédent sa mort, dans un article, dont nous reparlerons, om il précise son point de vue et modifie certaines de ses conceptions cliniques et anatomiques, ceci en partie sous l'influence d'auteurs allemands qui étudiaient tout particulièrement l'agrammatisme, dans les années séparant les deux études de PICK, c'est à dire entre I9I3 et I924.

En I9I3, GOLDSTEIN s'attache surtout à l'étude de la signification de l'agrammatisme et arrive à des conclusions très proches des conclusions de PICK, en ce qui concerne le progrès de la pensée au langage. Dans la pensée, les "membres" isolés sont groupés dans un certain ordre, et grâce à cette disposition arrivent à une unité sous la forme d'une phrase. Cet ordre qui se constitue dans la "pensée antérieure au langage" serait purement syntaxique et concerne uniquement la position des mots.

L'ordre "linguistique" serait, lui, réellement "grammatical" et concernerait les formes. On pourrait donc distinguer 2 sortes de troubles grammaticaux : I° - Un agrammatisme conditionné par un trouble de la pensée (pseudo-agrammatisme de PICK) qui se manifesterait surtout par une mauvaise ordonnance des formes grammaticales conservées. 2° - Un agrammatisme "linguistique" avec pénurie des formes grammaticales et sériation correcte des notions (style télégraphique).

(Signalons, à propos de l'agrammatisme par troubles de la pensée, qu'il s'agit de troubles démentiels de sujets incapables de lier un sujet et un prédicat - et que cet agrammatisme, se situe tout à fait en dehors de notre étude).

En I9I4, KLEIST distingue entre agrammatisme proprement dit, et ce qu'il appelle "paragrammatisme". A vrai dire, VON MONAKOW et BONHOEFFER avaient déjà marqué en I902 la différence des agrammatismes propres à l'aphasie motrice, et à l'aphasie sensorielle. Ils avaient dit que, dans l'aphasie motrice, les substantifs sont correctement employés alors que la structure de la phrase est très déficiente, et que, dans l'aphasie sensorielle, la forme générale du discours est généralement conservée alors, qu'à l'intérieur de la phrase, se manifestent des méprises de locution.

KLEIST a cependant le mérite d'avoir établi une distinction définitive entre ces 2 troubles grammaticaux. Dans le paragrammatisme persiste la faculté de former des suites grammaticales mais, le malade se trompe dans le choix

des moyens grammaticaux : il place les mots au mauvais endroit, il invente des formes erronées de conjugaison et de déclinaison, use de particules et de pronoms inexacts, etc. etc. ... de sorte que la construction de la phrase est déficiente.

L'agrammatisme est un trouble de l'étage le plus élevé de la construction du langage, qui rend incapable d'exprimer verbalement les rapports entre les idées. Il se manifeste par une simplification de la structure de la phrase qui peut aller jusqu'au "style télégraphique", où les articles et les mots de liaison, les flexions, sont supprimés, où les verbes sont souvent employés à l'infinitif, où les termes essentiels pour la compréhension, sont émis sans connexing grammaticales. Ils considère, à ce propos, que la distinction de PITTRES entre "style télégraphique" et "style nègre" est peu précise et inutilisable cliniquement. Dans la mesure où les malades sont encore capables de former des phrases, celles-ci sont correctes et définitives.

Cette distinction entre paragrammatisme et agrammatisme était un progrès important dans la description du trouble. La même année, SALOMON étudie un point également très important du problème clinique de l'agrammatisme. Jusqu'à présent, il ne s'agissait que du trouble de l'expression. SALOMON envisage un agrammatisme de compréhension des tournures grammaticales. L'agrammatisme se présenterait donc sous 2 formes : l'agrammatisme expressif et l'agrammatisme impressif. Ces deux troubles auraient comme origine commune,

une "perte des connaissances verbales antérieures". Il existe une incapacité d'"accrocher" au point de vue moteur, ce qui est entendu ou sous-entendu et qui a cependant une résonance acoustique antérieure.

FORSTER revient sur ce problème en I9I8 et présente un cas où une expression agrammatique allait de pair avec une compréhension correcte des formes grammaticales; d'où l'opinion qu'agrammatismes expressif et impressif ne sont pas nécessairement liés l'un à l'autre.

En I922, ISSERLIN, grâce à 3 observations personnelles, et à une auto-observation étonnante d'un de ses malades, apporte une très importante contribution à l'étude de l'agrammatisme et divise le problème en questions fort nettes :

I - Existe-t-il avec certitude, cliniquement et psychologiquement des formes distinctes de l'agrammatisme expressif ?

Sans aucun doute, et à côté des 2 formes décrites par BONHOEFFER d'une part et KLEIST de l'autre, ISSERLIN cite : l'agrammatisme du langage enfantin, celui du langage par geste, le pseudo-agrammatisme par trouble du développement de la pensée décrit par DICK.

2 - Existe-t-il des troubles autonomes de la compréhension des formes grammaticales, en d'autres termes, existe-t-il un agra agrammatisme impressif et celui-ci comporte-t-il des formes différentes ?

La question de l'agrammatisme impressif est différent chez les 3 malades que présente ISSERLIN et qui sont, au point de vue expressif de l'agrammatisme style télégraphique pur au paragrammatisme.

Dans le Ier cas, celui de l'agrammatisme pur, comprend les prépositions, conjonctions et adverbes, et en général, les formes grammaticales. Il ne se trompe pas dans la discrimination des formes grammaticales correctes et incorrectes. Cependant, il existe quelques troubles impressifs qui se limitent à la compréhension de fines différences de signification.

Ces troubles impressifs s'accroissent dans le cas n° 2 qui a du mal à juger de l'appropriation de certaines prépositions par exemple, mais dont la compréhension des grammatismes corrects est toujours bonne.

Ces troubles sont enfin très marqués chez le 3ème malade qui accepte n'importe quelle forme grammaticale aussi fausse que possible. (En fait chez ce malade l'existence de tournures paragrammaticales dans le langage spontané est indubitable).

3 - Existe-t-il des rapports entre les différentes formes de l'agrammatisme expressif et impressif d'une part, et les formes admises de l'aphasie d'autre part ?

Ces rapports sont certains. Presque tous les observateurs, ajoute ISSERLIN, notent que le style télégraphique apparaît au cours de la régression de l'aphasie motrice. En revanche, le paragrammatisme est lié à l'aphasie sensorielle. Lorsque le paragrammatisme apparaît dans l'aphasie motrice en régression,

cela se produit toujours quand le malade est invité à quitter le style télégraphique pour rapprocher son expression de la forme usuelle du discours. Mais, le malade se rend généralement compte de l'incorrection de son expression.

4 - Quelle opinion pouvons-nous actuellement nous faire sur les mécanismes qui sont à la base de l'agrammatisme ? Les troubles agrammatiques ont-ils des causes indépendantes de celles des troubles aphasiques ?

Le style télégraphique, employé par le malade, peut-être un style télégraphique correct en tant que style télégraphique. Il ne s'agit pas d'une langue véritablement défectueuse. C'est en effet la langue par gestes des primitifs et des sourds-muets, c'est aussi celle des gens normaux dans certaines situations de détresse, quand ils doivent s'exprimer dans une langue étrangère qu'ils ne possèdent pas suffisamment, quand ils doivent exprimer quelque chose d'important dans un minimum de mots, c'est enfin celle des enfants à certains stades de leur développement. L'aphasique moteur se trouve dans une situation tellement critique au point de vue linguistique avec son incapacité d'user des tournures de phrases, des formules grammaticales, et des "petits outils" du langage, que ce style télégraphique représente au moins un style relativement correct et suffisant pour s'adapter à toutes les exigences. Il s'agit en somme d'un phénomène fonctionnel, d'un"phénomène d'adaptation" à sa "détresse verbale" qui produit un langage spontané d'un niveau inférieur, mais suffisant pour exprimer les choses les plus

globales. Selon ISSERIN, le malade pourrait en partie sortir de cet état dans l'expression écrite, où les conditions ne sont pas les mêmes que dans l'expression orale, la réflexion et les essais étant permis. "La disposition de celui qui parle, dit-il, est propice au style télégraphique, celle de celui qui écrit est propice à l'effort de grammatisation". Par ailleurs, lorsque le malade, au lieu de s'exprimer spontanément, cherche à rapporter quelque chose qui vient de lui être dit ou qu'il vient de lire, il tend à employer des tournures grammaticales.

En I923, BONHOEFFER présente un malade agrammatique, qui à notre sens n'est pas du tout typique puisque si, au début en particulier (8 jours après l'accident initial) le style du malade tend, dit BONHOEFFER, à se rapprocher du style télégraphique, il existe tout de même dès ce moment une tendance à la paraphasie, et très rapidement s'installeront des tournures paragrammaticales. On ne saurait être surpris de l'existence, chez ce malade, d'un agrammatisme impressif, évident.

BONHOEFFER développe alors sa théorie de l'agrammatisme en l'opposant à celles de PICK et ISSERLIN. Opposition n'est d'ailleurs pas le terme exact car il reconnaît l'intérêt et souvent même l'exactitude de leurs conceptions, qui ont été formulées en partie contre les idées développées auparavant par BONHOEFFER, idées qu'il déclare persister à défendre cependant.

Il est d'accord avec PICK qui écrit "sur le chemin de la pensée à la parole, la phrase précède le mot, c'est à dire que la phrase représente une unité dont la formulation intérieure précède le mot".

Il est également d'accord avec ISSERLIN qui écrit "la phrase n'est pas plus une somme de mots que la mélodie n'est une somme de tons".

Mais il estime que cette méthode "introspective" d'étude du processus du langage et du rapport entre phrases et mots a ses limites dans les troubles aphasiques et agrammatiques. "L'expérience intérieure" ne peut véritablement nous renseigner, car les processus les plus importants se déroulent pour la plus grande partie en dehors de la conscience. C'est pourquoi, il croit devoir opposer à ses méthodes une conception "d'ordre génétique". Il ne prétend pas résoudre le problème de l'agrammatisme, mais cherche à en donner une certaine "compréhension génétique".

S'appuyant sur les travaux de KLEIST et de FORSTER, il estime indéniable qu'il existe dans l'acquisition du langage une hiérarchie : découverte du son; du mot, puis de la phrase; ensuite, compréhension du son, du sens du mot et du sens de la phrase. Au cours de la récupération du langage lors de la régression de l'aphasie motrice, le chemin suivit est, selon lui, le chemin du développement du langage. "C'est d'abord la répétition, puis la désignation qui reviennent, écrit-il, puis la dénomination. La connaissance d'un mécanisme verbal plus raffiné est une acquisition tardive qui se fait

avant tout à l'école, à la suite de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, et il en va de même de la construction grammaticale de la phrase. L'enfant s'exprime précocément déjà en phrases, mais la construction grammaticale ne devient irréprochable que plus tard. Je ne propose pas cette analogie du point de vue psychologique, mais dans le sens de la théorie de la régression de RIBOT. C'est dans ce sens que ma conception me parait toujours valable. Il me parait plus que vraisemblable que des lésions de la zone du langage, qui ont pour conséquence que des langues étrangères acquises plus tard peuvent être totalement oubliées dans certaines circonstances, peuvent également avoir comme conséquences, dans la langue maternelle, la perte d'acquisition qui se situent plus tardivement dans le temps. Or, une construction littéralement correcte des mots, et une construction sans défaut, de la phrase, sont des acquisitions verbales tardives, et à un certain degré, comparables au point de vue ontogénétique. Cette hypothèse, s'appuie sur le fait clinique que, dans l'agrammatisme, il existe également des troubles de nature littérale, paraphasique".

En conclusion, pour BONHOEFFER, "l'agrammatisme représente vis à vis de la construction de la phrase, ce que la paraphasie littérale représente vis à vis de la construction du mot".

En I924, PICK écrit une "mise au point" sur l'agrammatisme, qui ne sera publiée qu'après sa mort en I93I.

Contrairement à ce qu'il avait fait en I9I3 où il décrivait un seul agrammatisme, il en subdivise l'étude clinique, après KLEIST, en deux parties, l'agrammatisme frontal (agrammatisme de KLEIST) et l'agrammatisme temporal (paragrammatisme).

Les considérations que PICK développe ensuite sont assez importantes, pour que nous en donnions une analyse assez détaillée.

I - L'agrammatisme peut exister en dehors de l'aphasie (manie ou hystérie par exemple), et "on ne saurait dire si ces troubles atteignent le territoire des processus de la parole" ... "Le malade met en relief les mots correspondants à son état affectif, et non ceux qui correspondent à la situation telle que l'auditeur se la représente".

2 - Dans le cadre plus étroit de l'aphasie, l'agrammatisme peut être secondaire "à des troubles atteignant le processus de la formulation de la pensée et de la parole intérieure" : états d'étroitesse du champ de la conscience, dispersion de l'attention (que KUSSMAUL considérait comme la cause exclusive de l'agrammatisme), absence de corrélation entre la formulation en pensée et la formulation verbale ... "une mémoire verbale troublée pouvant modifier la construction syntaxique dans la mesure où le mot qui remplace le mot manquant modifie la construction de la phrase".

3 - L'agrammatisme survenant "primitivement", dans le cadre de l'aphasie motrice, semble assez proche du langage infantil, et des sourds-muets. "A sa base, comme à l'état normal, on trouve

l'intention dirigée sur le sens exprimé de façon toute particulière par les mots qui représentent des choses ou des faits, de telle sorte que, ces parties de phrase sont particulièrement mises en relief, alors que les mots de coordination qui sont soit pensés soit sentis sont absents. La preuve en est, que le malade affirme avec certitude avoir dit les mots qu'il n'a pas prononcés"... Le "sens du langage" (SPRACHGEFÜHL) se développe à l'âge pré-scolaire, et "l'on continue de parler par analogie avec les schémas ainsi acquis. Ces schémas surpassent de beaucoup, même chez les sujets cultivés, l'influence de l'éducation grammaticale ultérieure. La grammatisation type laboratoire que l'on fait à partir de mots donnés, et celles du langage parlé (grammaire et "sens du langage") sont deux choses très différentes"... Signalons à ce propos que le sujet agrammatique, n'écrit souvent pas mieux.

4 - Dans l'agrammatisme, les mots de coordination ne font pas vraiment défaut. En effet, "si dans certains cas ces mots font également défaut dans le langage intérieur, le plus souvent, ces mots ne sont pas réellement absents, mais leur résonance est incertaine et déficiente".

5 - Les "flexions de mots" sont absentes : "Mais il en va de même normalement de certaines langues plus invertébrées quoique évoluées (l'anglais par exemple) ... Dans certaines langues, en effet, les parties (préfixes et suffixes) qui entrent dans la composition de ces "flexions" représentent quelque chose de superflu à la compréhension".

6 - Les épreuves de conjugaison et de déclinaison ne sont pas réussies : "Mais ces épreuves représentent en réalité, une acquisition scolaire, essentiellement transitoire ... le "sens du langage demeure satisfaisant".

7 - Du "style télégraphique", il faut distinguer "le parler petit nègre", où il n'y a plus trace de conjugaison et de déclinaison, et qui "représente une régression plus complète vers le langage infantil".

8 - Les conditions de survenue de l'agrammatisme sont diverses. "Il survient parfois immédiatement après l'accident initial. Parfois il apparaît progressivement en même temps qu'une augmentation progressive du vocabulaire, à partir du "mot phrase" initial, et il se produit alors chez le malade, par suite de la pauvreté de son vocabulaire, une adaptation progressive à un mode de parler qui ne met en valeur que le seul squelette de la phrase. Parfois, enfin, il n'y a déjà seulement que ce "squelette", lors de la formulation intérieure ... dans ces cas, le malade ne comprend plus et même ne sait plus écrire les mots de liaison".

9 - Il existe une interéaction pensée-agrammatisme, ce dernier étant en effet capable d'agir peu à peu à son tour sur le mode de pensée.

IO - Il se produit chez le malade, une adaptation automatique à ses moyens d'expression; de la pensée virtuellement présente, il ne souligne que les parties essentielles. Il existe une augmentation pathologique de ce que les psychologues

du langage appellent la "brachylogie" c'est à dire du fait, qu'en parlant, on omet ce qui va de soi. Il y a en somme modification de la proportion du supposé connu et de l'exprimé, du profit du supposé connu.

II - L'effort supplémentaire imposé au malade pour produire ce langage, disperse son attention aux dépends de la production des mots de liaison, dont la "résonance" est déficiente ou même absente.

I2 - La "cadence" générale de la phrase est généralement conservée. Si elle a disparu, ceci peut être, soit secondaire au trouble du langage, soit à une atteinte primitive, concommitante, du territoire des "moyens musicaux".

I3 - L'agrammatisme est variable, chez un même malade, selon les circonstances : "la situation de l'orateur, ainsi que l'idée qu'il s'en fait, de même que le jugement qu'il porte sur l'idée que s'en fait son auditeur, ne sont pas sans influence".

Un autre aspect de cette variabilité se retrouve dans les rapports agrammatisme oral et agrammatisme écrit (ce dernier pouvant quelquefois être totalement absent).

Il faudrait encore tenir compte d'autres causes de variabilité, états effectifs par exemple ...

I4 - La conscience qu'a le malade de son état est variable: "Selon qu'il est axé sur le langage (ce qui peut être l'occasion de nouveaux troubles) ou qu'il s'abandonne à son "sens du langage" qu'il croit intact, ce qui lui masque les erreurs qu'il commet ... bien souvent le malade remarque ses fautes sans toutefois pouvoir

du langage appellent la "brachylogie" c'est à dire du fait, qu'en parlant, on omet ce qui va de soi. Il y a en somme modification de la proportion du supposé connu et de l'exprimé, du profit du supposé connu.

II - L'effort supplémentaire imposé au malade pour produire ce langage, disperse son attention aux dépends de la production des mots de liaison, dont la "résonance" est déficiente ou même absente.

I2 - La "cadence" générale de la phrase est généralement conservée. Si elle a disparu, ceci peut être, soit secondaire au trouble du langage, soit à une atteinte primitive, concommitante, du territoire des "moyens musicaux".

I3 - L'agrammatisme est variable, chez un même malade, selon les circonstances : "la situation de l'orateur, ainsi que l'idée qu'il s'en fait, de même que le jugement qu'il porte sur l'idée que s'en fait son auditeur, ne sont pas sans influence".

Un autre aspect de cette variabilité se retrouve dans les rapports agrammatisme oral et agrammatisme écrit (ce dernier pouvant quelquefois être totalement absent).

Il faudrait encore tenir compte d'autres causes de variabilité, états effectifs par exemple ...

I4 - La conscience qu'a le malade de son état est variable: "Selon qu'il est axé sur le langage (ce qui peut être l'occasion de nouveaux troubles) ou qu'il s'abandonne à son "sens du langage" qu'il croit intact, ce qui lui masque les erreurs qu'il commet ... bien souvent le malade remarque ses fautes sans toutefois pouvoir

En I93I, l'américain LOW à propos d'un cas d'agrammatisme d'ailleurs discutable (seule la lecture à haute voix était agrammatique), s'interroge sur les raisons de la pauvreté de la littérature de langue anglaise en ce qui concerne l'agrammatisme. Il oppose les langues anglaises et allemandes. "L'anglais, écrit-il, est un type de langue qui, au cours de l'évolution, s'est arrangé pour simplifier ses structures, tandis que l'allemand a gardé le poids mort d'une organisation grammaticale pesante qui rend la langue très complexe et difficile à manier. Considérée sous l'angle grammatical, l'anglais est simple et l'allemand complexe. On comprend donc aisément qu'un malade atteint de "détresse verbale" va éprouver plus de difficultés s'il doit s'exprimer en allemand plutôt qu'en anglais. L'agrammatisme serait alors réduit à une difficulté de maitriser non pas la grammaire en particulier, mais les éléments complexes du langage en général". Il en veut la preuve dans le fait que son malade n'avait aucune difficulté à manier le pluriel des substantifs, et ne commettait jamais d'erreurs. S'interrogeant enfin sur l'existence de l'agrammatisme comme entité clinique existant réellement, il le nie catégoriquement. "Ce qui apparaît à première vue comme une difficulté à manier le singulier et le pluriel, comme une confusion des temps, ou de la voix active et passive, se trouve réduit, grâce aux tests convenables, à une incapacité de manier les préfixes, suffixes et particules. Les fautes faites, dans ces éléments du langage, ont leur racine dans le facteur intellectuel de la signification, et non dans le facteur lin-

guistique grammatical". Tous les troubles observés sont dus à un trouble unique : la difficulté d'analyser les parties hors d'un tout d'une part, et la préférence pour synthétiser les parties en tout d'autre part.

Dans les travaux récents, si les auteurs comme LOTMAR en Suisse et Th. ALAJOUANINE en France continue la tradition jacksonienne, PANSE et ses collaborateurs, en Allemagne tentent de ressuciter l'agrammatisme amnésique.

PANSE en 1952 à propos d'un cas typique d'agrammatisme survenu au cours d'une aphasie motrice consécutive à une encéphalite typhique défend le point de vue amnésique. Il fait les constatations suivantes :

I - Les troubles agrammatiques peuvent survenir chez des sujets ne présentant pas de lésion cérébrales : enfant, sourds-muets, lors de l'emploi d'une langue étrangère que l'on ne possède pas très bien, et dans le langage intérieur.

2 - L'étude minutieuse du langage spontané du malade montre qu'aucune possibilité grammaticale n'est fondalement fermée au malade. Il n'est donc pas nécessaire de présupposer l'existence d'un processus nocif, indépendant, psycho-psychologique de grammatisation.

3 - L'agrammatisme est une manifestation amnésique primitive. Ce sont moins d'ailleurs des dommages amnésiques absolus qu'une difficulté de "réveil". Il ne s'agit pas de l'absence de certaines réalisations grammaticales, mais du fait qu'il n'en

dispose pas, d'un "réveil" déficient de la construction grammaticale correcte du matériel verbal. Etant donné qu'il s'agit d'amnésie, il y a perte de ce qui est moins fixé au point de vue mnésique, c'est à dire de la multiplicité des tournures grammaticales, du vocabulaire purement grammatical, etc. ... qui est beaucoup plus grande que celles du vocabulaire simple et représente donc par conséquent, quantativement une plus forte surcharge de la mémoire. De plus, qualitativement, le support visible fait toujours défaut.

PANSE estime que le point de vue de BONHOEFFER est identique au sien, puisque ce dernier rappelle la règle de RIBOT sur les acquisitions précoces et tardives, et que ces acquisitions reconnaissent la fixation mnésique comme phénomène de base.

Par contre LOTMAR en I949 adopte l'essentiel des conceptions d'ISSERLIN. Il se refuse en particulier à considérer que l'aphasie en général, et l'agrammatisme en particulier, puisse dépendre d'un trouble primitif intellectuel général.

Enfin, plus récemment ALAJOUANINE (I953-I956) a défendu le point de vue "fonctionnel". Il insiste en particulier sur un point déjà remarqué par PICK, mais il le met plus nettement en évidence :"La disposition grammaticale normale de ce qui n'est plus langage volitionel (formules de politesse, expressions toutes faites), et, d'autre part, le peu de conscience qu'a le sujet de son trouble". Il existe donc, dans l'agrammatisme, la même dissociation automatico-volontaire que celle existant dans les troubles aphasiques en général.

Th. ALAJOUANINE a également longuement insisté sur un aspect fort peu étudié par les auteurs : le prélude à l'agrammatisme, c'est à dire la suppression initiale du langage, puis la phase des stérotypies verbales. Nous aurons l'occasion de citer à nouveau ALAJOUANINE à propos de l'évolution de l'agrammatisme.

LE PROBLEME DE LA LOCALISATION DE L'AGRAMMATISME

Pour rendre plus claire l'évolution des idées concernant la clinique et la signification de l'agrammatisme, nous avons jusqu'à présent volontairement omis d'aborder le problème de la localisation. La localisation suggérée par BROADBENT (3ème circonvolution frontale gauche), n'était qu'une hypothèse commode pour son explication "associationiste". Pour PITRES, "les lésions provocatrices de l'aphasie amnésique siègent habituellement au voisinage immédiat des centres sensoriels du langage, et, plus fréquemment que partout ailleurs, dans la région du lobule pariétal inférieur". On sait que pour lui, l'agrammatisme n'est qu'une forme de l'aphasie amnésique. Cette localisation serait donc valable, pour l'agrammatisme, mais les vérifications anatomiques ne comportent pas un seul cas d'agrammatisme.

Dans l'ensemble, cette discussion, est demeurée assez vague, les recherches concernant cette localisation ne pouvant s'appuyer que sur les signes aphasiques et neurologiques d'accompagnement, qui sont variables, et sur les vérifications anatomiques de cas indiscutables d'agrammatisme, qui sont très rares.

La discussion a essentiellement porté au cours de ce siècle, sur la localisation frontale ou temporale de l'agrammatisme.

VON MONARKOW et BONHOEFFER, marquant dès I902 la différence entre l'agrammatisme de l'aphasie motrice et de l'aphasie sensorielle, avaient résolu la question, en ce qui les concernait, localisant l'agrammatisme, tel que nous l'entendons, à la zône motrice du langage.

Par contre, dans son Ier ouvrage datant de I9I3, PICK localise les troubles grammaticaux à la zône temporale.

Actuellement, on peut schématiser la question de la manière suivante :

I - La localisation frontale est la plus généralement admise.

C'est en effet l'opinion d'HEILBRONNER (I906), SALOMON (I9I4) et FORSTER (I9I8). Ce dernier, d'après l'analyse de son cas qui présentait comme unique symptôme, un trouble de l'expression grammaticale, et d'après l'étude de la littérature, conclut que l'agrammatisme expressif doit être rapporté à une lésion du cerveau frontal, et en particulier de la région des 2ème et 3ème circonvolutions, au voisinage de la zône de BROCA. Il considère comme vraisemblable, que, même les troubles de compréhension grammaticale que présentaient ses 2 autres malades étaient dûs à une lésion de cette zône.

Pour ISSERLIN (I922), le rapport qui lie le style télégraphique à l'aphasie motrice, et le paragrammatisme à l'aphasie sensorielle, réduit le problème de la localisation de l'agramma-

tisme et du paragrammatisme, à celui de l'aphasie motrice et de l'aphasie sensorielle.

2 - La localisation temporale a cependant également des partisans. A vrai dire, la plupart de ces auteurs estiment que ISSERLIN est trop schématique. Ils affirment que le problème n'est pas aussi simple. Certains d'entre eux ont d'ailleurs plusieurs fois changé d'avis.

KLEIST avait initialement (I9I4) localisé les troubles agrammatiques au niveau d'une zône intermédiaire située entre les centres sensoriels et moteurs du langage. Il estimait que les troubles de la compréhension grammaticale, tout comme les erreurs verbales d'ordre grammatical, c'est à dire, pour lui, non seulement les paragrammatismes, mais également les agrammatismes style télégraphique étaient consécutifs à une lésion du lobe temporal. Mais, dans une publication plus récente (I930), il pense qu'il s'agissait dans ces cas, d'une aphasie totale, c'est à dire avec une importante participation lésionelle de la région sensorielle du langage. S'appuyant essentiellement sur l'observation de blessés de guerre, il estime maintenant que l'agrammatisme accentué et prolongé, ne s'observe qu'après des blessures et des foyers situés au niveau de la zône motrice du langage et qui ont, en particulier, atteints également la substance blanche.

BONHOEFFER a suivi le chemin inverse. Après avoir été partisan en I902, de la localisation frontale, il discute cette prise de position en I923 à la suite d'une vérification anatomique, d'un de ses malades mort d'un syndrôme abdominal

aigu, quelques semaines après son examen. Précisons tout de suite, qu'à notre sens, il ne s'agissait pas d'un agrammatisme typique, les formules paragrammatiques étant trop nombreuses. Les découvertes anatomiques sont ainsi résumées par BONHOEFFER : "Il s'agit essentiellement d'une lésion de la partie moyenne de la pariétale ascendante gauche, et du gyrus supra marginalis ainsi qu'une lésion de la partie interne de la circonvolution de HELSCH, et d'une petite zône de la ligne médiane atteignant la Ière circonvolution temporale ... L'insula, l'opercule rolandique et la partie latérale du segment postérieur de la Ière temporale sont intactes. La 2ème temporale est entièrement intacte. La substance blanche du gyrus supra marginalis, est atteinte par l'extension du foyer en profondeur". Donc, conclut BONHOEFFER, qui considère ce cas comme particulièrement démonstratif car l'agrammatisme était survenu d'emblée, "il n'est désormais plus douteux, que les lésions de la partie postérieure de la zône du langage, peuvent être suivies d'agrammatisme", puisque dans ce cas "il n'y avait absolument aucun foyer de la région de BROCA et du lobe frontal". Il estime également qu'une autre observation de LIEPPMAN et PAPPENHEIM présente de grandes ressemblances anatomiques avec la sienne (toutefois, dans ce cas, l'agrammatisme, n'avait pas été recherché de façon systématique; mais, son existence, d'après KLEIST, ressort du protocole d'examen). Considérant que l'agrammatisme du lobe temporal est démontré, BONHOEFFER, se demande ensuite ce que devient l'agrammatisme du lobe frontal, localisation, ajoute-t-il "que j'avais autrefois considérée comme valable". Il

estime que les résultats d'autopsie n'ont pas confirmé de façon certaine et démonstrative les cas relevés par lui-même, HEILBRONNER, SALOMON et FORSTER, si bien qu'il n'est pas encore possible d'affirmer de façon définitive, la coexistence d'agrammatisme, et de lésion de la région motrice. Certes, il existe un rapport étroit entre le style télégraphique et la régression de l'aphasie motrice, comme y a déjà insisté ISSERLIN et, ajoute-t-il "je ne doute pas qu'une étude plus poussée démontrera dans l'avenir l'existence, en cas de style télégraphique, d'une lésion du territoire antérieur du langage, et nous aurons alors à considérer deux localisations essentielles ... les symptômes d'accompagnement d'ordre aphasique n'ont en effet jamais manqué jusqu'à présent, et sont tantôt d'ordre sensoriel, tantôt d'ordre moteur". Quant à trouver une localisation précise à l'intérieur de la zône sensorielle du langage, ceci lui semble fort imprudent. Il remarque pourtant que c'est dans la région pariéto-temporale que LIEPPMAN et lui-même, ont trouvé la plus grande extension du foyer.

Pour NIELSEN (I948), il existerait une "aire de formulation du langage", servant aux processus de grammatisation et de syntaxisation qui se situerait dans le champ 37 de BROADMAN à l'extrémité postérieure de la 3ème circonvolution temporale.

La lecture d'un travail récent (I956) d'ESCOUROLLE et de RIBAUCOURT sur les aphasies traumatiques fait ressortir que les malades agrammatiques, ou tout au moins, ayant une importante note agrammatique présentaient des lésions variées à localisation fronto-temporales, avec atteinte constante de la pointe et de

la partie antérieure du lobe temporal.

3 - Signalons enfin une dernière opinion défendue par NIESSL et MAYENDORF (I930) et par MAAS (I920), selon laquelle l'agrammatisme représente un produit de l'hémisphère droit et est considéré comme la suppléance fonctionnelle par le lobe temporal droit, du lobe temporal gauche ou de la région motrice du langage, qui seraient en grande partie ou en totalité, déficiente.

4 - Beaucoup d'auteurs (ALAJOUANINE, PICK) se refusent à envisager une localisation précise à une trouble qu'ils considèrent comme fonctionnel. PICK, par exemple, s'il considère l'agrammatisme style télégraphique comme ayant une localisation frontale, n'en écrit pas moins : "on ne peut rien dire de très certain, sur la localisation frontale ou temporale ... il ne faut pas penser que les connaissances grammaticales et le sens du langage, présentent une localisation précise".

Quant à PANSE, il écrit en I952, à propos de son observation : "l'agrammatisme allait de pair avec une lésion qui était maxima dans la partie antérieure de la zône du langage mais qui, certainement s'étendait au delà"... mais, en fait, "il s'agit d'une lésion qui pénètre profondément le psychisme, et, la localiser étroitement, est en dehors de nos possibilités".

METHODE D'EXAMEN DES APHASIQUES

Tous nos malades ont été examinés au Centre du Langage de la Clinique des Maladies du Système Nerveux, à la Salpétrière, et soumis à un examen méthodique, adopté pour tous les aphasiques. Nous allons rappeler brièvement la technique de routine de cet examen dont les résultats seront donnés dans chacune des observations de nos 25 malades. (Pour une étude plus détaillée, voir l'article de B. de RIBAUCOURT).

Cet examen comporte deux parties :

- un examen clinique ;
- une batterie de Tests.

L'eXAMEN CLINIQUE de l'aphasique étudie :

A - Les possibilités d'expression verbale

I - Par l'interrogatoire du malade. On peut ainsi noter déjà différents troubles du langage (suppression du langage, formules automatiques, stéréotypies, troubles phonétiques, agrammatisme).

2 - Par l'étude des séries automatiques : jours de la semaine, mois de l'année, suites de nombres, épreuve permettant de mettre en évidence une dissociation automatico-volontaire.

3 - Par les répétitions : de syllabes d'abord, puis de mots de longueur et de difficulté croissantes, enfin de phrases de longueur croissante. On apprécie ainsi d'une part les perturbations d'ordre purement phonétique, d'autre part les troubles d'évocation, soit du mot isolé soit des ensembles.

4 - Par les épreuves d'apraxie bucco-faciale (tirer la langue, ouvrir la bouche, fermer les yeux, etc. ... ainsi que diverses mimiques).
Les ordres sont donnés d'une part oralement, d'autre part par imitation, afin d'éliminer la cause d'erreur que peut constituer la perturbation de la compréhension du langage oral, car cette épreuve ne doit constituer qu'un moyen d'exploration du facteur praxique.

5 - Par la description d'images ou la narration (texte de l'incendie de l'échelle de TERMAN).

6 - Par 3 séries d'épreuves exigeant un style plus élaboré :

- Deux mots en une phrase : le sujet doit construire une phrase avec deux mots tels que boulanger et pain :
  - définition de mots ;

- explication de proverbes ;

- Pour ces 3 épreuves il faut tenir compte dans l'interprétation, à la fois du niveau intellectuel antérieur du malade, et de son quotient intellectuel actuel.

Enfin il est important chaque fois que possible d'utiliser l'enregistrement (sur disque ou fil magnétique) des épreuves précédentes afin d'aprécier plus objectivement l'évolution des troubles aphasiques, ainsi que l'étude phonétique à l'aide d'un oscillographe cathodique.

B - La compréhension du malade

- Par la désignation d'objets ;

- Par l'exécution d'ordres simples ou plus complexes : épreuve des 3 papiers de P. MARIE avec I ou 2 ordres par papier, épreuve des 3 commissions.

- Par les épreuves de compréhension à choix multiple : le malade doit choisir la bonne réponse parmi 3 possibles (par exemple : on achète le pain chez le boucher, chez le charcutier, ou chez le boulanger).

Enfin par la critique des histoires absurdes extraites de l'échelle de TERMAN.

Il faut savoir, dans l'interprétation de ces épreuves, tenir compte des possibilités d'expression du sujet qui souvent utilise un langage gestuel évocateur, ayant la même valeur du point de vue compréhension, que le langage oral.

C - La perception auditive

Dans certains cas la compréhension peut être troublée du fait de l'existence d'une agnosie auditive. On recherche celle-ci en faisant identifier au malade des bruits divers, des cris d'animaux, des airs musicaux, des instruments musicaux. On demande également au malade de chanter, de reproduire des rythmes qu'on lui fait entendre.

Enfin certains malades, particulièrement musiciens, seront soumis aux tests d'aptitudes musicales de SEASHORE.

D - La lecture

On fait désigner puis lire à haute voix des lettres d'abord, des syllabes puis des mots, de longueur et de difficulté croissantes.

On étudie ensuite la correspondance des mots et des images en présentant au sujet des images sous lesquelles il doit placer le mot correspondant.

Enfin on étudie la lecture de phrases :

- exécution d'ordres donnés par écrit ;
- correspondance des textes et des actions ;
- résumé (oral ou écrit) d'un texte lu.

Si l'alexie est particulièrement importante, on vérifiera par l'application des tests perceptifs (décrits ci-dessous) si les troubles de perception visuelle ne débordent pas le cadre de la reconnaissance des ensembles verbaux.

E - L'écriture enfin :

- par la copie d'un texte écrit en cursive puis en caractères d'imprimerie ;
- par l'écriture spontanée ;
- par la dictée ;
- par la narration.

Il est évident qu'il faut chez ces malades tenir compte des troubles moteurs (il s'agit le plus souvent d'hémiplégiques droits) et qu'il faut auparavant vérifier l'activité gestuelle en recherchant l'apraxie et en faisant passer différentes épreuves perceptivo-motrices.

LES TESTS servent à mettre en évidence des troubles divers que l'examen purement clinique n'a pu révéler.

Nous utilisons essentiellement 3 sortes de tests : ceux de HEAD, les tests perceptivo-moteurs et des tests d'efficience générale, avec l'échelle de WESCHSLER-BELLEVUE.

I - Les tests de HEAD que nous utilisons, sélectionnés de la batterie de HEAD, comprennent le test main-oeil-oreille ; le test de l'heure et le test des couleurs.

- Le test main-oeil-oreille a été résumé et nous ne le faisons pas passer de façon intégrale. Il consiste en la reproduction d'abord sur imitation, puis sur commande orale des gestes suivants :

- main droite - oreille droite ;
- main droite - oreille gauche ;
- main gauche - oreille gauche ;
- main gauche - oreille droite.

De même pour main - oeil.

On fait précéder cette épreuve d'une recherche des troubles du schéma corporel et de la désignation des côtés droit et gauche.

- Le test de l'heure se décompose en 2 parties :

- réglage du cadran sur commande orale ;
- lecture de l'heure.

Cette épreuve est particulièrement sensible aux perturbations présentées par les aphasiques :

- inversion droite - gauche ;
- confusion de la grande et de la petite aiguilles ;
- exécution d'une partie seulement de la consigne : heures ;
- exécution au hasard.

B. de RIBAUCOURT a ajouté aux épreuves décrites dans la batterie de HEAD un supplément : on demande au malade de régler spontanément sur le cadran, l'heure à laquelle il mange, il dort, il part au travail : nous comparons les résultats ainsi obtenus de façon pratiquement automatique et sans qu'aient été utilisées des données symboliques, à ceux du réglage de la pendule sur commande orale. La dissociation entre les deux sortes d'épreuves est souvent importante.

- Le test des couleurs : test de discrimination grossière se fait à l'aide de cartons colorés de forte tonalité, de forte saturation et de forte brillance. Cette épreuve comporte 2 parties, la désignation et la dénomination.

Nous complétons cette épreuve par le color-test de POLLACK, dérivé des laines de HOLMGREN. Il s'agit d'une séquence de cartons de couleurs différentes comprenant pour chaque couleur une échelle de saturation : le malade est prié de mettre ensemble tous les verts, les bleus, les rouges.

Lorsque le malade peut dénommer, il est bon de lui faire passer un test dérivé de DISHIARA. Il s'agit de percevoir dans un ensemble de points diversement colorés une lettre ou un chiffre formé par l'agencement de différents points de même teinte.

Ce test sert également à détecter les diverses anomalies de la vision des couleurs dans les cas de protanopsie.

2 - Les tests perceptivo-moteurs consistent en la reproduction graphique de dessins. Ils comprennent dans notre étude : le test de BENDER, la figure complexe de REY, le stick-test et le test couleur-forme de GOLDSTEIN.

- Le test de BENDER se compose de 9 dessins très simples qu'il s'agit de faire recopier. Chacun d'eux est emprunté à WERTHEIMER et spécialement conçu d'après l'une

des lois de la GESTALT (proximité - ressemblance - continuité - bonne forme). Il a été fait par ce test une étude des différents processus de maturation visuelle et motrice de l'enfant. Et l'on constate chez certains aphasiques un retour à certains stades primitifs pouvant être comparés à ceux des enfants.

- La figure complexe de REY consiste dans un premier temps à faire recopier au sujet une figure géométrique complexe formée de I8 éléments. La structure compliquée de la figure implique qu'elle soit analysée soigneusement pour pouvoir la restaurer. Suivant le mode d'appréhension de celle-ci, on apprécie 7 types de reproduction :

- type I - construction sur l'armature, qui est la meilleure façon de structurer le modèle ;
- types II et III - détails englobés dans l'armature contour général ;
- type IV - juxtaposition de détails.
  C'est le cas le plus fréquent chez les aphasiques qui ont de la difficulté à saisir un ensemble et qui de ce fait procèdent par addition de détails.
- type V - détails sur fond confus ;
- types VI et VII - réduction au schéma familier et gribouillages.

Il est intéressant à l'aide de ce test de considérer les troubles du graphisme et de la perception d'ensembles géométriques.

- Le stick-test se compose de 34 figures géométriques qu'il s'agit de reproduire à l'aide de divers morceaux de bois. Cette épreuve, décrite par GOLDSTEIN, met en évidence des perturbations d'ordre surtout apraxique, les engrammes à percevoir étant très primitifs.

- Le test couleur-forme de GOLDSTEIN, fait partie des tests de pensée conceptuelle. C'est un test très simple qui consiste à faire classer suivant la forme ou la couleur des pièces de bois diversement colorées et ayant les formes suivantes : carrés, ronds, triangles.

3 - L'échelle de WECHSLER BELLEVUE

est une échelle d'intelligence à l'aide de laquelle il est possible de calculer 3 quotients intellectuels :

- Q.I : performance ;
- Q.I : verbal ;
- Q.I : total.

- L'échelle performance se compose :

- d'une épreuve de classement d'images : une histoire doit être reconstituée avec des images qui en représentent les différentes étapes ;
- d'une épreuve de complètement d'images : il s'agit de trouver le détail manquant à un objet figuré par image ;
- d'une épreuve de cubes : il faut reconstituer à l'aide de cubes, dans l'espace, un modèle géométrique représenté en plan sur un carton ;

- d'une épreuve de code : une série de chiffres est figurée et sous chacun de ces chiffres se trouve un signe géométrique. Il s'agit en s'inspirant de ce modèle, de faire correspondre ces signes sous des chiffres donnés dans un ordre divers.

On met en évidence à l'aide de cette échelle certains troubles d'apraxie constructive inapparents à l'étude clinique des gestes transitifs et intransitifs. Dans ce cas, l'épreuve de classement d'images est spécialement perturbée et le Q.I. performance est de façon générale insuffisant.

- L'échelle verbale comprend :

- Une épreuve d'information, donnant un aperçu des diverses connaissances scolaires antérieures du sujet.

- Une épreuve de rétention des chiffres : le malade doit répéter dans l'ordre, puis à rebours, diverses séquences de chiffres.

- Une épreuve d'arithmétique : il s'agit de faire résoudre, le plus rapidement possible, de petits problèmes simples.

- Une épreuve de similitude : on demande au malade d'énoncer la similitude existant entre 2 choses telles que journal et radio.

- Une épreuve de compréhension, qui consiste à répondre à des questions d'ordre pratique et faisant appel à un certain bon sens.

On doit porter une attention toute particulière sur les épreuves de mémoire des chiffres et de similitudes qui chez les malades apparemment redevenus tout à fait normaux, restent néanmoins perturbées.

Il est évident que tout cet examen ne peut être toujours pratiqué chez les aphasiques, surtout au début. Mais il est indispensable de faire, la première fois que le malade est examiné, un bilan complet, qui permettra au cours des examens successifs de noter les progrès réalisés par le malade, et nous en verrons des exemples dans différentes observations.

- En dehors de cet examen systématique, toujours le même, nous l'avons dit, pour tous les malades examinés au Centre du Langage, nous avons cherché à mettre en évidence plus nettement, le trouble grammatical chez certains de j malades, grâce à certaines épreuves plus spécifiques. Ces épreuves n'ont pu être pratiquées que dans les cas où nous avons pu voir le malade, alors que cette étude sur l'agrammatisme était en cours (Observations n° I - IO - I3 - 20).

ETUDE DE L'AGRAMMATISME

Cette étude a été faite du point de vue expression et compréhension.

A - Expression

I - Remplissage des lacunes d'un texte.

- On demande au malade de compléter une phrase où

un mot est absent. Pour aider le malade, cette épreuve peut être exécutée à la fois oralement et par écrit. On peut ainsi, étudier, ce qui subsiste, chez l'agrammatique, des "différentes parties du discours" et ceci, en faisant compléter des phrases où manquent soir le substentif, soit le verbe, soit l'article, soit la préposition, etc. ...

2 - Conjugaison de verbes.

3 - Formation du pluriel dans les noms.

B - Compréhension

I - Désignation et exécution d'ordres.

Il s'agit d'une épreuve semblable à celle qui est pratiquée systématiquement chez tous aphasique, mais ici, la désignation exacte, ou l'exécution correcte d'un ordre, est sous la dépendance d'un de ces "petits mots" dont l'agrammatique a perdu l'usage.

2 - Epreuve à choix multiple.

- a) Construction grammaticale d'une phrase.

Il s'agit, pour le malade, d'indiquer, entre 2 phrases dont l'une est grammaticalement correcte et l'autre incorrecte, quelle est la phrase correcte.

- b) Construction passive.

Il s'agit, pour le malade, d'indiquer, entre 2 phrases

dont la signification correcte ou absurde est déterminée par l'emploi actif ou passif du verbe, quelle est la phrase correcte.

Ex : (- Les malades mangent à 6 heures.
(- Les malades sont mangés à 6 heures.

Cette épreuve peut être compliquée par l'emploi de la forme interrogative. (Ex : - Jusqu'à quel âge les parents sont-ils élevés par leurs enfants ?).

OBSERVATIONS

Voici maintenant les observations de 20 malades agrammatiques, étudiés du Centre du Langage de la Salpétrière.

OBSERVATION N° I - Mr. DES ... André - 28 ans.

Le malade entre dans le service le I2-IV-56 pour aphasie post-traumatique.

Histoire de la maladie

Le 27-IX-52, le malade a un accident de motocyclette avec coma immédiat et hémiplégie droite. Le 30, il subit une intervention à l'hôpital de Strasbourg. Le compte rendu opératoire est le suivant : "Volet temporal gauche. Après ouverture de la dure-mère, le cerveau très oedématié, fait hernie par la brêche. Les ponctions ventriculaires pratiquées en direction de la corne temporale et de la corne frontale ne ramènent pas de sang. On décide d'inciser le cerveau au niveau du lobe temporal entre T.I. et T.2. A environ 2 cm de profondeur, on tombe sur un foyer d'hématome intra cérébral contenant 3 c c de sang noir sans caillot. Nettoyage du foyer. Dans la région antérieure de ce foyer, on aperçoit le paquet des vaisseaux "rolandiques" infiltrés de suffusions hémorragiques.

La fermeture de la dure-mère s'avère impossible vu l'intensité de l'oedème. On est obligé de faire une plastie dure mérienne à l'aide d'un fragment d'aponévrose temporale. Ablation du volet osseux. Fermeture de la peau en 2 plans, la peau tapissant directement la dure-mère. Drain sous cutané.

A sa sortie du coma (I semaine environ après son accident), le malade présente des troubles du langage très importants plus sur l'expression que sur la compréhension. L'expression est réduite à un seul mot "Merde". On ne possède pas d'examen détaillé datant de cette époque, on sait simplement que la persistance de ce mot stéréotypé fut de quelques mois.

Le 6-I-53, nouvelle intervention pour comblement d'une brêche cranienne temporale gauche.

La régression de l'hémiplégie est assez rapide. Le IO Août I953 elle est signalée comme ayant à peu près complètement disparu.

En Août-Septembre I953, il fait 3 crises comitiales généralisées suivies d'un syndrome déficitaire du côté droit. Depuis cette date, il n'a pas eu de nouvelles crises.

Examen clinique

Il ne montre actuellement rien d'anormal en dehors d'une parésie faciale droite.

- Pas d'hémianopsie.

- E.E.G. (I6-4-I956) Tracé montrant des anomalies hémisphériques gauches temporo-rolandiques discrètes sans signes actuellement d'activité épileptique.

ETUDE DE L'APHASIE - (I7-4-I95I)

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Le malade est assez inhibé, son débit est syllabaire, les achoppements sont fréquents, il est nécessaire de poser des questions pour susciter des réponses qui seront réduites à leur plus simple expression. La suppression des verbes est totale, quelques uns ne sont employé qu'à la forme infinitive.
Cultivateur : papa agricole.
Moto : choc.
Village : 200 mètres.
20 heures : étourdi.
Montre : choc cassé.
Voiture : moi gendarmerie civile.
Deux hommes : deux femmes.
Hôpital : moi deux jours.

- Séries automatiques : sont bien énoncées.

- Répétition : des syllabes simples : correcte.
Groupes consonnantiques : quelques élisions, substitutions et assimilations.
Gno : co.
Slo : lo.
Stu : tuste.
Mots : on retrouve les mêmes erreurs, à partir des mêmes stades.
Spectacle : tétacle.
Bibliothèque : bibiothèque.

Répétition des phrases : possible pour deux mots seulement, au delà répète les premiers mots de la phrase et s'arrête.

- Dénomination : correcte.

- Description : très énumérative.
Maison, femme, chevaux, hommes, porc, jardinière, chariot, oeufs.

- Narration : Paris, incendie, centre, victimes, personnage dix sept, une jeune fille, pompier.

- 2 mots en phrases : impossible. Répète les deux mots, sans succès.

- Explications de mots : possibles par l'usage.
Fourchette : manger.
Yeux : voir.
Parfois énonce un substantif n'étant pas directement un synonyme, mais ayant un rapport de cause à effet.
Meurtre : couteau, non revolver.

Riche : sous.
Paresseux : au lit.

2 - Compréhension

La désignation est bien réussie.
Les ordres simples sont bien exécutés.
Les 3 papiers simples, les 3 commissions sont bien réussies.
Epreuve de compréhension à choix multiple : aucune erreur.
Critique des histoires absurdes : gestuellement bien faite. Il arrive parfois que le malade saisisse au passage certains mots invariables et qu'il les répète plusieurs fois de suite jusqu'à ce que la signification en surgisse.

3 - Lecture

Au stade littéral aucune erreur.
Au stade syllabaire : décompose la syllabe en lettres.
Mots : la désignation est correcte, la correspondance des mots et des images est parfaite.
La lecture à haute voix est possible et elle n'est pas totalement agrammatique.
La substitution par la forme infinitive d'un verbe employé à la forme active n'a jamais été faite par ce malade. Par contre, l'achoppement sur les prépositions, les adverbes, les conjonctions est fréquent, et c'est dans ce cas qu'un mot invariable est souvent remplacé par un autre mot invariable.

4 - Ecriture

La dictée des lettres et des syllabes est correcte. La plupart des mots communs usuels sont bien orthographiés. QUelques fautes d'orthographe pour les mots plus compliqués.
Phrases : il est nécessaire de dicter les mots de la phrase un à un. Si l'on dicte d'une seule traite une phrase, le malade est incapable de transcrire quoique ce soit.
Il répète plusieurs fois les mots ainsi dictés, mais il ne peut jamais transcrire une phrase en entier. Les lacunes portent surtout sur les mots invariables et sur les conjugaisons.
Je suis venu à l'hôpital pour la rééducation du langage : je suis à l'hôpital rééducation langage. Je suis allé me promener : je suis allé reprome, puis s'arrête.

Ecriture spontanée : le bal, dancing, théâtre, cinéma, il pêche avec poissons.

Conjugaison écrite de verbes : possible après quelques exercices de rééducation pour les verbes réguliers, erreurs fréquentes concernant la première et la seconde personne du pluriel.
Vous chantez : vous chantetez, mais le malade entoure la terminaison sans pouvoir corriger la faute commise.

5 - Apraxie

Toutes les épreuves sont parfaitement bien réussies.

6 - Tests

- HEAD : test main-oeil-oreille, test de l'heure, test des couleurs : réussite totale.

- Test perceptivo-moteurs : aucune anomalie.

- Echelle de Wechsler performance : Quotient intellectuel : II2.

Aucun désordre d'ordre spécifique.

RESUME

L'expression verbale de ce malade est complètement agrammatique : emploi de verbe à la forme infinitive ou suppression totale entrainant un style énumératif.
Conservation lacunaire des articles.
Les formules automatiques sont rarement employées.
L'inhibition est forte.
Le syndrome de désintégration phonétique fruste.
Il n'y a aucun trouble de compréhension orale.
Il n'y a pas d'alexie verbale, pas d'alexie littérale. Mais les mots invariables ne semblent que globalement compris.
L'écriture est plus perturbée que le langage oral, on en possède que peu d'exemples, la forme est assez énumérative, mais sur dictée quelques formes sont employées à la forme active.
L'efficience aux tests est normale.

ETUDE DE L'AGRAMMATISME

Expression

Remplissage des lacunes d'un texte.

I - Substantifs et adjectifs.

Toutes les épreuves sont exécutées correctement et rapidement (un peu moins rapidement parfois, pour les adjectifs que pour les substantifs).

Exp : On prend le train à la gare.
Les malades sont soignés à l'hôpital.
Il fait froid en hiver.
Les arbres sont verts en été, jaunes en automne.

2 - Articles.

Le malade commet 3 erreurs dont il se rend compte, mais qu'il ne peut corriger.

Je mange le bonbons.
J'ai pris avec décision.
J'aime les gateaux.
J'ai cassé au pied de la lampe.
Les écoliers vont à l'école.

3 - Verbes.

Pour 2 phrases, le malade trouve (très rapidement) un verbe acceptable. Pour 2 autres, un verbe dont la signification est proche du verbe satisfaisant. Pour une phrase, le verbe satisfaisant est remplacé par le substantif correspondant.

Je arrive par le train.
Nous dessin avec un crayon.
Tu coupes aux cartes.
Nous allons en vacances.
Il grimpe un escalier.

4 - Pronoms.

L'échec est presque total (absence de réponse ou réponse inexacte). Un seul résultat exact.

J'allons à la campagne.
J'espère que tu réussiras ton examen
Je moi regarde dans la glace.
Tu ___ penches par la portière.
L'enfant avec j'ai donné, etc. ...
La maison aussi je suis propriétaire.

J'habite la maison ___ m'appartient.
L'eau dans ___ je me suis baignée est chaude.

5 - Conjonctions.

La réponse n'est jamais exacte. Le malade fournit une réponse une seule fois. Les autres fois, le malade considère la phrase comme satisfaisante sans la conjonction.

Il faut ___ je parte.
Je ne peux entrer ___ je n'ai pas la clé.
Qu'il pleuve je vais sortir.

6 - Prépositions.

I réponse exacte. I inexacte. Pas de réponse les autres fois.

Je pose le livre ton la table
Je vais ___ Paris à Marseille.
Je marche ___ la rivière.
Noël est ___ hiver.

7 - Adverbes.

Pas une seule réponse correcte.

Un vélo marche plus ___ qu'une auto.
Une auto marche plus ___ qu'un vélo.
Il y a ___ que je suis parti.
Je n'ai un peu su parler le chinois.

Lorsqu'on demande au malade de compléter les lacunes d'un texte où manque successivement l'une des différentes parties du discours, les résultats sont identiques : les substantifs et les adjectifs sont immédiatement retrouvés, les pronoms, conjonctions, prépositions et adverbes presque jamais. Les verbes occupent une position intermédiaire : retrouvés exactement (parfois conjugués, parfois à l'infinitif), approximativement, ou remplacés par le substantif correspondant (Ex : le joueur a marqué un but, les spectateurs ont cris).

Conjugaison de verbes.

La conjugaison est tout à fait insuffisante. Le malade réussit à conjuguer correctement l'indicatif présent du verbe chanter, mais il confond le futur avec l'imparfait et le futur avec le présent.

Le verbe être est conjugué : J'es, tu es, il est,
nous avons, vous avez, ils ont.

Le verbe avoir : J'ai, tu ais, il ait,
nous avons, vous avez, ils ont.

Formation du pluriel des noms.

Le malade ne commet aucune erreur pour les pluriels réguliers ou irréguliers, il précise même l'orthographe des mots formant le pluriel avec un x.

Compréhension

La compréhension des mots que le malade ne peut exprimer est bonne. Lorsque la désignation exacte, ou l'exécution correcte d'un ordre dépend de la compréhension d'une préposition ou d'un adverbe par exemple, l'épreuve est réussie.

L'épreuve à choix multiple est réussie : lorsqu'on présente au malade une phrase grammaticalement correcte et une phrase agrammatique (qu'isolément était acceptée comme correcte), il n'y a jamais d'erreur dans le choix.

Le malade reconnait immédiatement l'absurdité d'une phrase, lorsque cette absurdité est due à l'emploi inadéquat de la forme passive d'un verbe (Ex : Les malades sont mangés tous les jours à 6 heures).

Cependant, par sa mimique, le malade montre qu'il ne comprend absolument pas le sens de certains adverbes employés isolément (Ex : Toujours et Jamais, ne sont pas compris).

OBSERVATION N° 2 - Mr. DOR ... Justin - 30 ans

Histoire de la maladie

Le malade est victime d'un accident de motocyclette le 4-V-48. Fracture du crâne, pariéto-rolandique, coma dont la durée n'est pas précisée. 8 jours après le traumatisme, intervention; on évacue un hématome intra-cérébral occupant surtout le lobe temporal gauche. Il conserve une hémiplégie droite et une aphasie.

Examen clinique

Il nous est adressé trois ans plus tard en Juin I95I, pour tenter une rééducation du langage. L'examen montre alors : une paralysie faciale centrale droite; au membre supérieur droit un déficit moteur intéressant essentiellement l'extrémité. La flexion des doigts est faible, l'extention très faible, l'opposition impossible. Au membre inférieur, diminution discrète des raccourcisseurs de la jambe; l'hypertonie est très modérée; tous les réflexes tendineux sont exagérés du côté droit; pas de signe d'HOFFMAN; signe de BABINSKI droit; on relève encore une main légèrement instable un retard dans les réponses à l'exploration sensitive superficielle à droite; une hémianopsie relative à droite. Une hypoacousie droite a été notée, sans trouble vestibulaire aux épreuves instrumentales.

Une encéphalographie gazeuse montre le 26-VI-5I une importante dilatation ventriculaire gauche sans prédominance régionale.

ETUDE DE L'APHASIE - (I3-6-I95I)

I - Expression verbale

est très pénible. Le malade ne parle presque pas et donne une impression de tension, d'effort presque insurmontables.
Il s'exprime au moyen de mots phrases.
Il n'utilise aucun verbe à la forme active, aucun article, aucune conjonction.

- Langage spontané :
Nom : DOREY Justin.
Adresse : DIJON.
Date de naissance : 30 ... 29 ... Juin I92I.
Profession : garçon, servir.
Divers : Tout seul moi, non, je sais rien, freiner ... moto, pim ... peux pas travail ... faut, moi, mon bras, toujours, faut bouger vernis toujours un peu ... c'est long.

- Séries automatiques : Les jours sont bien énoncés après amorçage. Les mois sont mal énoncés même après amorçage. Il en énonce quelques uns avec effort. Il compte correctement jusqu'à I5.

- Répétition : des syllabes est correcte.
des mots jusqu'à sténotypie mais avec effort.
des phrases est perturbée :
"Dimanche abondant neigé".
"On déplore important".
"Téléphone".

- Dénomination : les objets concrets sont bien énoncés avec quelques erreurs de type phonétique.
La clef : la cré.
Parapluie : pa au rapluie.

- Description : est agrammatique.
Il lit d'abord les noms écrits sur les boutiques : boulanger, alimentation, puis maison place, glisse, jet d'eau, bicyclette, photo, gendarme, voiture ... car un panaché (?) ... peux pas.

- Narration : peux pas, incendie, peux pas détruit ville incendie, détruit peux pas.

- Définitionsde mots : Elles sont pratiquement impossibles sauf pour les trois premières de la série.
Le malade a tendance à répéter seulement le mot proposé.
Fourchette : une fourchette (fait le geste de manger).
C'est ... pour manger.
Yeux : les yeux ... regarde.
Menuisier : ... fabrique ... fabrique ... les meubles.
Dans les suivants, le malade tente de donner des synonymes, ou fournit des suites agrammatiques.
Ecole : ... école ... école ... institut ... institut oui.
Meurtre : ... juge ... répond ... juge répond répond, réponse ... dix ans ... ou prison ... meurtre.
Cuiller : llillère ... cuiller et soupe ... une cuiller la soupe.
Optimiste : O ... p-ti-miste, parole, parle ... attends ... c'est rien ... optimiste.
Ainsi, même lorsqu'il introduit un verbe, le malade ne construit jamais une phrase complète, d'autre part l'absence de prépositions est totale.

- Construction de phrases : Ici, la difficulté est particulièrement nette. Une seule tentative : neige-hiver : la neige tombe hiver.
Aucune autre construction n'est réussie. Le malade répète seulement les mots proposés.

- Test de phonation et d'articulation (DESCOEUDRES) :
Pratiquement tous les mots proposés sont obtenus.
Souvent la première émission est erronée, corrigée ensuite. (Ex : Jupe - jus, jupe, jupe). Presque tous les mots sont décomposés syllabairement
(Ex : salade - sa-da sa-lad.
examen - ex-sa-men).
Souvent, un phonème du mot est exagérément soutenu : Rrrat, chiiifre. L'élision, l'assimilation sont très rares (Ex : Sachet - cha-chié
Prophylaxie - profi-assi).
Les mots contenant des groupes consonnautiques difficiles sont décomposés par le débit syllabaire ou par l'addition de voyelles intercalaires
(Ex : Ob-siné-sti-né
Exemploit).
Souvent le malade répète inutilement le mot qu'il a prononcé et le déforme (Ex : Exemploit - exemploit - esse - exempoit - essepl - essetroi).

2 - Compréhension

- Désignation : est correcte aussi bien pour les noms que pour les verbes.

- Ordres oraux : ouvrez la bouche. ++
Fermez les yeux : commence par les ouvrir puis les ferme après effort et recherche.
Le malade cherche à verbaliser la consigne.
Tapez du pied : le pé ... le ... je sais pas ... té té ... sette zède (dessine un Z avec le doigt).
Te ... zède ... le ... pi ... ta ... pé le pi pied ... Finalement le malade prononce la consigne à voix haute; il faut la lui dire encore une fois pour qu'il l'exécute.

- 3 papiers : en exécute I/3.

- 3 commissions : aucune n'est exécutée.

- Epreuve de compréhension : est impossible. Le malade ne donne aucune réponse : je sais pas, je sais pas.

3 - Lecture

La désignation des lettres et des syllabes est incorrecte, avec des erreurs très variables; la verbalisation orale des syllabes est correcte pour 6, partiellement erronée pour 4 (la voyelle est changée, refusée pour les 3 dernières).
La correspondance des mots et des images est correcte.
La désignation et la lecture à haute voix des mots

séparés est possible, mais de façon syllabaire.
La lecture semble relativement une facilitation de l'émission verbale.
La lecture des phrases est impossible. Il déchiffre ça et là un mot très concret.
Les textes sont placés sur les actions correspondantes.

4 - Ecriture

La copie est correcte.
Ecrit spontanément son nom.
La dénomination écrite est jargonnée.
Ex : chien - chene.
Dé - loli.
Cadenas - cno.
Nid - édi.
Hopital - hopell.
Bien que le malade, après effort, ait prononcé ces mots à voix haute correctement.
Phrases : je suis à l'hopital pour me faire soigner - un j'ai l'hopital par se.

5 - Apraxie

Gestes transitifs : sont très bien exécutés.
Gestes idéo-moteurs : aucun n'est correct.

Les épreuves d'apraxie bucco-faciale sont toutes bien exécutées sur imitation. Sur commande orale n'en a exécuté aucune, si ce n'est "tirez la langue-ouvrez la bouche".

6 - Tests

- HEAD : Le schéma corporel est perturbé. Le bras, la jambe, les oreilles sont mal désignés.

- Test droite-gauche : 2 commandes ont été correctement exécutées. On note des perturbations d'ordre divers (confusion entre l'oeil et l'oreille, inversion droite-gauche).

- Heures : spontannées sont correctes.
Commande orale : en marque 2, les autre se trompe pour les minutes ou dit "peux pas, peux pas".

- Couleurs : La désignation est correcte. La dénomination également.

- REY : Epreuve copiée est satisfaisante (type I 100è percentile).
Mémoire : 50è percentile.

- GOLDSTEIN : I groupement spontané, l'autre est possible sur démonstration. Le malade a eu ensuite le schipting.

- WECHSLER : Performance - Le quotient intellectuel du sujet est 50. L'arrangement d'images est particulièrement mal réussi ainsi que le code. L'échelle verbale est impossible.

CONCLUSIONS

La note dominante dans cet examen est l'effort extrême que demande toute expression : aussi bien par écrit qu'oralement il faut encourager le malade, insister plusieurs fois sur la consigne, pour obtenir une réponse; spontanément, le malade abandonne avec une formule d'échec "sais pas, peux pas". Cette lenteur, cette fuite devant la consigne existent même pour des épreuves de compréhension avec réponse gestuelle qui sont pourtant régulièrement réussies.

Dans les émissions orales, le débit est très lent, tantôt syllabaire, tantôt fait de courtes émissions (3 syllabes maximum), entrecoupées d'arrêts ou de "non, peux pas". L'ébauche orale de l'examinateur ne facilite guère l'émission, le mot écrit est d'une certaine aide. Très souvent l'émission est précédée de chuchotements véritables ébauches. On observe peu de phonèmes déformés dans la conversation; mais dans les mots-tests on reconnaît les principales manifestations de la désintégration phonétique. L'expression orale est totalement agrammatique, faite de substantifs successifs, véritables mots-phrases; il n'y a presque pas de verbes et généralement à l'infinitif ou au participe passé, à l'exception de "faut"; aucune conjonction, aucune préposition.

L'expression écrite nécessite une verbalisation orale préalable, elle comporte des déformations importantes des mots, alors même que, par ébauches chuchotées, l'émission orale est devenue satisfaisante.

La compréhension orale échoue dès les ensembles courts; fait important, le malade essaie toujours de verbaliser la consigne longue qu'on lui répète. Même prononcée à haute voix, elle n'est pas immédiatement exécutée.

La compréhension écrite des ordres nécessite les mêmes efforts de verbalisation, avec la même inconstance dans l'exécution, par contre les mots et les textes à placer sous les images ne semblent pas présenter la même difficulté.

Il est indiscutable que ce malade a une grosse difficulté à utiliser les ensembles verbaux.

EVOLUTION

Les progrès sont très minimes.

L'inhibition de l'expression orale diminue un peu dans les six mois où le malade est soumis à des exercices quotidiens. La mise en train est plus facile après les arrêts.

Le débit reste lent mais n'est plus syllabaire. Les arrêts séparent seulement des mots-phrases ou de petits groupes de mots à signification autonome. On ne trouve plus de désintégration phonétique que pour des mots normalement difficiles : constitution, bibliothèque.

La séquelle dominante est l'agrammatisme : absence de construction syntaxique diversifiée et organisée en ensembles importants.

Examen du I6-2-I952

- Parole spontanée : 7 h ... machine 25 bras. 25 jambes. Total 8 h I/3. Déjeuner, en plus vous, rentrant, déjeuner, retour à la maison, midi et demi, j'sais pas.
La difficulté semble relativement plus grande dans un tel récit libre que dans la répétition ou la dénomination, parfaitement réussies. Description : vignes, coteaux, ils coupent, ciseaux, non ... non ... panier hotte, un village, une brouette, "Na

- Narration : Paris le Septembre, les ... ssélèves.

- Répétition : La répétition de phrases ne dépasse pas 4 mots.

- Compréhension : La compréhension des ensembles reste très touchée : 3 papiers simples 2/3, ordres doubles 0/6.

- Epreuve de Head : M.O.O. bonne désignation des parties du corps. Erreurs droite-gauche. Test-imitation ++, sauf deux réponses en miroir; commande orale impossible.
Heure : sur commande orale : ++
Lecture : sur IO consignes, 2 erreurs + pour -, 2 erreurs sur le chiffre des heures, une réponse sans rapport.
Couleurs : complètement réussi.

RESUME

Aphasie traumatique - hématome intra-cérébral.
Inhibition importante.
Anarthrie modérée.
Hésitations sur les mots et déformations de leur structure.
Agrammatisme considérable qui reste la séquelle majeure.
Trouble de compréhension pour des ensembles même courts.

- Depuis I952, l'état du malade est resté absolument stationnaire.

OBSERVATION N° 3 - Mr. BER ... André - 38 ans

Histoire de la maladie

Le malade est victime d'un accident de travail le 2-8-1949. Traumatisme violent sur la région occipitale, coma immédiat. A la radio, long trait de fracture pariéto-occipital, avec embarrure et trait de refend sur l'écaille du temporal, se prolongeant sur la base. Le coma dure 8 jours.

Quand le blessé reprend connaissance, il est atteint d'une hémiparésie droite ... Il ne prononce pas un mot, n'écrit pas; sa compréhension est difficile à apprécier.

En Octobre 1949, il est hospitalisé à la Salpétrière. Il persiste alors une paralysie faciale centrale droite. Aucun déficit moteur, aucune anomalie du tonus, des réflexes, de la sensibilité au niveau des membres. Pas d'hémianopsie. A l'encéphalographie gazeuse, dilatation des deux ventricules dans leur ensemble; le gauche est plus dilaté que le droit.

Aucun signe d'apraxie; chez lui, le malade travaille à son jardin. Le 18-1-1950, il fera une crise d'épilepsie jacksonienne de l'hémicorps droit, qui se généralise. Une 2ème crise surviendra chez lui peu après. Un traitement par le gardénal fera disparaître les crises. Il n'a pas été pratiqué d'EEG à cette époque.

Ier EXAMEN DU LANGAGE (début Novembre 1949)

I - Expression orale

L'expression orale est envahie par une série stéréotypée de phonèmes : Passer Mo-el, Passère Moyel, Macel Moïel. Cette stéréotypie est émise sans cesse, avec une grande volubilité, en réponse aux questions, en accompagnement des gestes demandés.
Déjà, la femme du blessé nous signale que, rencontrant une voisine dans la rue, il a dit, à la surprise de tous : Bonjour, Madame. Avec le même caractère inopiné, il a dit : Oh ! mais, Bon Dieu, méfie-toi (en traversant un pont).
Bientôt au cours des examens successifs, nous voyons apparaître des formules d'échec : Non - Ca, y'a rien à faire - Alors, alors ... revient souvent, ainsi que : Alors ça va.

- Répétition :
- Dénomination :
- Description :
- Narration :

sont totalement impossibles et remplacées par la stéréotypie.

Séries automatiques : en écho, presque simultanément avec l'examinateur, le malade compte jusqu'à IO.
A la deuxième séance, on va jusqu'à 20; puis, par le même procédé de l'émission quasi-simultanée, on peut obtenir les jours et les mois.

2 - Compréhension orale

On remarque qu'il faut parfois répéter la consigne, même courte et simple; et qu'il faut souvent parler fort. Dans ces conditions :

- Désignation : la désignation des objets réels est correcte.

- Ordres : les ordres - ouvrez la bouche - fermez les yeux sont exécutés.

- 3 papiers : également.

- 3 commissions : également.

Néanmoins, certains ordres : tapez les mains - tapez les pieds - faites le salut militaire - baiser - sourire - pied de nez - ne sont pas exécutés.
Dans l'ensemble, il paraît y avoir une différence entre gestes symboliques et gestes se rapportant au corps propre d'une part, et gestes même enchaînés et assez longs, se rapportant aux objets et au monde extérieur, d'autre part. Cette dissociation suggère un trouble d'ordre praxique associé.

3 - Lecture

Aucune vocalisation des lettres, des syllabes, des mots écrits. La présentation du mot écrit n'est pas une facilitation de la verbalisation orale.
Le malade ne désigne pas sur ordre les lettres, syllabes ou mots présentés.
Il n'exécute pas les ordres écrits.
Pourtant, chaque jour, il prend le journal et reste un moment à le parcourir des yeux.

4 - Ecriture

Le malade fait d'abord un geste d'impuissance. Puis on obtient qu'il essaye d'écrire.

- Spontanée : Rapareil, Dille de Farix, Frix, Lantorre, Langasse, fervel sont sont foncle sont.

- Copiée : Le malade transcrit l'imprimé en cursine : Jean François MILLET est né le 4 Octobre I8I4 e Couchy, hemeau de la commune de Créville, é quelques kélomètres de Cherlung.

- Dictée : (Je voudrais guérir très vite) - Je crixull choyonay l'ompul l'ouvety, l'onoudy chourchy chonouy. Certaines lettres sont mal formées intermédiaires entre u, n, v, m.

EVOLUTION

La seule technique utilisable pour obtenir des émissions verbales autres que la stéréotypie est la répétition par le malade, simultanément ou presque avec l'examinateur (en écho).

On obtient ainsi : Les jours de la semaine.
Les mois.
Les lettres de l'alphabet (dans l'ordre ou non).
puis les chiffres jusqu'à 20.

On obtient également : Ami - Montluçon (résidence du malade) - Annie - papa - maman.

Plusieurs mots sont déformés ou condensés :
Combien : pombiai - comblai.
Bourdonnais : nonais.
Français : fançais.
Pain : pépin - pain.

On peut même obtenir, au bout d'un mois, la réponse à une question (le nom de son fils) : Paulo - palala - pilili - pélélé - pélé - pululu ...

Ainsi, chez ce malade, on peut déjà séparer trois sortes d'émissions orales :

a) - La stéréotypie, qui apparaît comme un parasite gênant. Au début, elle envahissait toutes les intentions verbales.
b) - Quelques rares émissions spontanées et paradoxales, - politesse ou formule d'échec - sans effort, libres, adaptées, - en un mot normales.
c) - Le langage récupéré à grand peine par la répétition (pratiquement c'est une émission simultanée avec l'examinateur), émis avec un effort nécessaire, une tension de tout l'individu, sur un ton monotone, avec des fausses routes, des échecs, des erreurs phonétiques.

La difficulté de l'émission volontaire va de pair avec une perte des mouvements volontaires de la langue, des lèvres (apraxie bucco-faciale). Le malade peut souffler, il ne siffle pas, ne claque pas la langue, etc...

Durant le premier mois, la stéréotypie se modifie un peu, on la transcrit : A personnel. Mais elle est mal articulée et assez proche du "Macel Moïel" du début. Elle demeure fréquente.

On voit s'étendre un peu le domaine du langage volontaire :

- les séries des mois, des jours, des chiffres sont obtenues sur amorçage.
- on peut faire répéter de courtes phrases : je mange du pain - je fais des progrès.
- la répétition des mots devient consécutive, et non plus simultanée.
- le malade dénomme des objets et des images; l'ébauche orale de l'examinateur est une facilitation considérable.
- on voit se multiplier les émissions spontanées de formules toutes faites qui arrivent à remplacer la réponse normale et adaptée : Alors - alors ça va - mon vieux - ce machin là - tu vois.

2 - Compréhension

La compréhension reste sans changement.
Erreurs dans la désignation du schéma corporel, des couleurs, dans l'épreuve de l'heure, les gestes symboliques.
Aucune erreur dans la désignation, dans l'exécution des ordres, même longs, se rapportant à des objets extérieurs.

3 - Lecture

La lecture s'améliore.
- Les noms sont placés sous les images.
- Les ordres écrits simples sont exécutés.
- Des phrases sont construites avec des mots écrits sur des cartons séparés.

Par contre, les lettres isolées ne sont pas désignées sur ordre.

4 - Ecriture

L'écriture ne se modifie pas.

C'est seulement au bout de 8 mois d'évolution que disparait la stéréotypie.

Expression orale

L'expression orale fait des progrès.

I - Durant une courte période, le malade présente une écholalie et une palilalie.
2 - Il enrichit le stock de ses formules "automatiques" émises facilement et spontanément :
- écoute donc là.
- là tu vois.
- ça c'est très bien.

Du reste, il apparait, avec un caractère d'aisance, un langage plus nuancé, plus propositionnel :
- je te dis que non.
- pas tout à l'heure, non, après.
- oh ! c'est lui.
- oh ! presque pas.
- donne-moi ça.

Toutes les émissions ont le caractère des courtes sentences du langage de tous les jours.
Certaines sont plus construites :
- où qu'c'est qu'il est mon petit Jean-Paul ?

Dans ce langage spontané, apparaissent des nombreux exemples d'agrammatisme :
- une fois, une locomotive, comme ça, c'est là.
- les jardins, les poules, les lapins, c'est là-haut.

Des échecs :
- et pourtant, ce machin, toutes les fois ça va, toutes les fois, tu vois, tiens.

Dans l'ensemble, le malade parle peu spontanément. Les courtes phrases qui émaillent sa vie apparaissent inopinément.

3 - Il demeure une opposition très nette entre ce langage spontané et les émissions obligatoires : la réponse aux questions est teintée d'agrammatisme :
- Quelle est la fête en Décembre, c'est Pâques ?
- Les enfants, pour Noël.

- Qu'est-ce qui se passe ?
- Pour les jouets ...

- Qui est-ce qui leur apporte ?
- Père Noël.

- Où met-il les jouets ?
- La cheminée ...

- Comment représente-t-on le Père Noël ?
- Une barbe, un grand manteau.

Il faut questionner sans cesse pour susciter l'expression, qui est retardée, avec un temps de latence et un effort.
La description est une énumération.
La dénomination n'est pas toujours possible. Souvent apparait un mot pour un autre. Ces mots sont souvent alors déformés.
- ciseaux : +
- casserolle : un verre, noh une ...
- clef : +
- allumettes : une, comme ça, des ... umettes.
- fenêtre : une s' ... chenêtre.

La construction d'une phrase avec deux mots n'est pas possible. Le sujet répète les deux mots proposés.
Au cours de la lecture à haute voix, apparaissent une voix anonnée, un ton monotone, un débit syllabaire. Arrêts et difficultés sur les verbes et les adverbes.

EXAMEN AU BOUT D'UN AN (Novembre 1950)

I - Expression orale

L'expression orale de ce malade manifeste alors une hiérarchie des emplois du langage remarquablement apparente :
- nom et prénom sont donnés facilement.
- adresse - 63, rue du Bois de la Brosse à Moluçon.
La vie quotidienne est maintenant mêlée de langage, sous la forme des formules toutes faites que nous avons vues et qui se multiplient et se diversifient (un emploi est parfaitement adapté). On remarque la fréquence des "oh, là là; oh, mon vieux, eh bien".
Les séries des jours, des mois, des chiffres, nécessitent un amorçage.
Le malade a appris "Le Laboureur et ses Enfants", il ne peut apprendre "Le Corbeau et le Renard" - cette tentative fait reparaître la première fable.
La réponse aux questions demande un effort, n'est pas toujours possible, est souvent agrammatique.

- Description : la description d'images comporte de courtes phrases construites et bientôt se transforme en agrammatisme :
- Les Monsieurs boivent au Café du Commerce ...
- La dame regarde sur la rue par la fenêtre ...
- Le monsieur va à la rivière pour prendre des poissons ...
- Le Monsieur, la place, pour, oh ça, les mariés, une fille, le Monsieur, en la photo, photographie les mariés, une noce ...

- Narration : la narration est pauvre et agrammatique :
- La, 3, 5 Septembre, de la, oh ! ça, le feu, pour l'éteindre, les-les, les éteint, non, parents, dans la, les p', les pomp' ...

- La dénomination : la dénomination est remarquable. Elle est réussie pour tous les objets présentés, mais nécessite un temps de latence important, un effort important, l'émission de "euh ... euh ...". Souvent une série de chuchotements précède l'émission à voix haute. Quand celle-ci a commencé elle va jusqu'au bout du mot.

- La répétition : La répétition des mots offre le même caractère retardé et difficile. Les mots tests sont des échecs.
- sténotypie : épipapie.
- bibliothèque : bibli-o-thèque.
- existentialisme : I - existentité. 2 - xistentites, non.

La gesticulation volontaire des lèvres et de la langue présente encore des troubles :
- claquer la langue : ne sont pas
- rentrer les lèvres : exécutés.

On observe de nombreuses persévérations dans ces gestes; la plupart ne sont exécutés que sur imitation. Les mimiques d'étonnement, de tristesse, sur ordre, ne sont pas réalisés.

- Epreuves de HEAD : les épreuves de HEAD sont bien exécutées, sauf l'épreuve droite-gauche, aussi impossible sur imitation que sur commande orale.

2 - Compréhension

La compréhension est alors parfaite:

- 3 papiers doubles : sont
- 3 commissions : parfaitement
- Epreuve de compréhension : réussies.

3 - Ecriture

L'expression écrite est laborieuse et difficile. elle doit être sans arrêt encouragée. Plusieurs mots sont déformés ou mal orthographiés :

- Description : La maman appe la soupe - Le feu fame - le chat joui.

- Spontanée : (agrammatique) - Maguisin - Indochin.

On remarque les tentatives successives pour écrire "marron". Il dessine un marron, puis écrit "mauvin" qu'il biffe, puis "mauv", "mauci" et "marrons". Il peut ensuite l'écrire en capitales.

L'épreuve d'orthographe de BONNARDEL donne un très mauvais résultat : individu sans C.E.P.

JUIN, JUILLET I95I (20 mois d'évolution)

On note le caractère souriant et euphorique de ce malade, qui éclate de rire lors de ses échecs.

I - Expression verbale

L'expression verbale est encore occupée par de courtes formules :
- je te dis.
- tu te rappelles.
- tu comprends.
- ça mon vieux.
- et puis après.
- comme ça.

Ces formules sont émises "en bloc".
Entre-temps de nombreuses pauses où le malade semble chercher; parfois, il renonce à ce qu'il voulait dire :
- non, ça va pas !
- c'est là, mais ...

D'autres fois, il insiste, surtout en présence de l'examinateur, et cherche à évoquer le mot :
- de la, de la, un, un ...

sont des émissions fréquentes au cours de ces tentatives.
Souvent, quelques émissions chuchotées précèdent le mot à haute voix. Dans certains cas, plusieurs essais vocaux sont effectués :
- des dauloises, des zauloises, des auloises.

Il n'y a pas de parallélisme entre ce qu'il arrive à dire et ce qu'il arrive à écrire : au cours de ses essais vocaux, il écrit le mot cherché, mais ne le vocalise pas pour autant.
Finalement, les émissions de phrases de ce malade sont devenues une suite fréquemment interrompue de courtes formules et de mots agrammatiques, avec des verbes à l'infinitif.

- Langage spontané :
- tu vois ... lui dormir ... partir après lui.
- la peur ... les nerfs ... le tonnerre (sa fille a peur de l'orage).
- le Samedi ... toi en ville ... et moi, comme ça, là ...
- l'Amérique, l'Allemagne ... l'Indochine ... déjà 2 guerres ... puis les sous, tu comprends ... c'est l'Amérique ... c'est là, ça, mon vieux. Mais seulement, moi, mais quoi !. (Avec un langage gestuel abondant : je n'y peux rien).

- Réponse aux questions : Il faut l'encourager, stimuler son langage avec des "et puis ?, mais encore ?".

- Qu'est-ce que vous faites chez vous ?
- Le jardin, la vigne, les ... la ... les lapins, quoi, puis les poules ... Les petits enfants (essais chuchotés) ... écrire quoi, ah ! ben, écrire quoi ... ça va après !

- Combien avez-vous d'enfants ?
- Deux, une moiselle et un ... nenfant, non, oui, un nenfant ... tout à l'heure après l'a 9 ans ... et puis après l'a 4 ans.

- Qu'est-ce que vous avez planté dans votre jardin ?
- Mes ca, mes carottes ... puis après, de la, de la ... oh ! ça ... (geste de la main : quelque chose de rond; il essaye de l'écrire : échec) ... des pommes de terre, des pommes de terre, des ... des cerises, non, non, mais, de la ... (il prend le crayon, écrit : fraisiers, corrige : fraises; il ne peut le dire, même sur demande expresse : des, des ...).

- Il y a combien de temps que vous êtes marié ?
- De la ... de la ... Il écrit : I5. Puis il dit : I5, chuchoté, et tout haut : de la, de la. Il récite alors la série des chiffres et s'arrête à I5.

- <u>Dénomination</u> : (sur images d'objets)
- cendrier : un ... cendrier.
- encrier : un, une, un, une, un ... un - nencrier.
- cage contenant un oiseau : une anse, une an, une an (chuchotement incompréhensible; on saisit seulement "des pigeons") ... non, de la, une, sauterelle, une an. Il dessine une cage, ne l'écrit et ne le dit point.

- Qu'est-ce qu'on met dedans ?
- Des, des cerises, des, oh ! non ... (il écrit : serins) ... des pinsons, un ... un citron, cigogne, non (ces émissions sont coupées de pauses et de chuchotements) ... un, une ... On le lui dit. Il répète "serins". On essaye après une minute de lui faire lire le mot (qu'il a lui-même écrit) : un pigeon, un, une si, non, non, une cigogne, une ci, une ci. Facilité par la syllabe "rin" émise par l'examinateur.

- <u>Répétition</u> : 55 mots divers sont répétés sans faute, dont certains phonétiquement complexes (boxe, souffle, chiffre, zèbre, etc. ...). Plusieurs sont flanqués d'un article inopportun : une barbe, une rendre, un propre.
6 mots sont précédés de plusieurs essais vocaux et finalement réussis :
- dos : dodo puis +
- drap : bras ... un gras, un gras, un ... une ... un ... un drap.
- obtenu : obtunin, obtuno, ostenu, lobtenu, un obtenu.

Pour 5 autres, on obtient la répétition en présentant l'objet correspondant (tête), ou en concrétisant le sens du mot :

- spirale : pirale, une rale, une, une, une piliale - (chuchoté) pirale, piliale (geste de main de l'examinateur) un spirale, ça.
- ancre : émission possible quand on la dessine - une ancre, dans la ... mer, ça.
- souple : souffle, une oupple, une ouple, un ouple - on place dans un contexte "l'allumette est raide, la ficelle est souple": un souple.

On obtient ainsi pratiquement tous les groupements phonétiques.
Exploit a été un échec : essepoi, ainsi que examen : xamen, xamen, la xamen, et signal : zi-gnal.
Quelques fois, dans la répétition, apparait un parler annoné, syllabaire, sans intonnation.

- Description d'image : Elle est très comparable au langage spontané; quand il ne peut s'exprimer, il abandonne son projet et déplace son doigt sur l'image. Ce n'est pas un agrammatisme pur; on relève plusieurs courtes propositions, du type sujet-verbe-complément.
- Une gare de ... une gare de ... à Paris, quoi ... ou à Montluçon ... les Monsieur, les dames, les enfants vont prendre le train ... Puis, de la, de la ... (il quitte du doigt le wagon restaurant et désigne un autre groupe sur l'image) ... Le Monsieur roule des valises, des valises ...

On remarque qu'une ébauche orale très discrète de l'examinateur, simple déplacement silencieux des lèvres, constitue une facilitation efficace :
- Bre - conne (on avance les lèvres). Bre-tonne.

2 - Compréhension orale

Tous les objets et images sont désignés sur ordre. De même, couleurs, matières (plâtre, bois etc.), qualités (quelque chose qui peut se casser).

- 3 papiers doubles : 2 erreurs.

- Désignation : la double désignation est réussie. la triple désignation est réussie dans la plupart des cas.

- Ordres arbitraires :

a) - Montrer un objet en bois, un objet rouge, un objet lourd; montre le pot à fleurs (terre cuite ocre) et la statue de marbre.
b) - Il y a dans cette salle deux têtes en plâtre blanc; vous allez mettre l'une à la place de l'autre. Il réfléchit, cherche dans la salle,

ébauche un départ, s'arrête, réfléchit "seulement ... 2 ...". Il se lève, porte une tête à côté de l'autre.

On ne peut pas dire que la compréhension soit tout à fait normale, mais l'échec n'est pas fonction du caractère plus ou moins abstrait des notions envisagées, mais plus de la longueur de la consigne et de la nécessité de rétention.

3 - Lecture

Il place les noms d'onjets sous les images.
Il place des verbes écrits sous les images correspondantes "il se baigne, il tombe, il cueille des fleurs, etc. ...".
Mais il n'exécute pas les ordres écrits "Apportez-moi le tampon-buvard : O". On le lui fait copier.
Il verbalise "il y a eu buvard, il y a eu un buvard, pour faire de l' ...". Pas d'exécution.
Ouvrez la bouche. Pas d'exécution.
Verbalisation : un bouvard de la mouche.
Fermez les yeux. Il verbalise deux fois : Je ferme les yeux. On insiste plusieurs fois : faites ce qui est écrit. Finalement, il exécute.
On recommence alors : Apportez-moi le tampon-buvard.
En insistant, on obtient l'éxécution.
On peut alors obtenir des ordres beaucoup plus longs, même après une verbalisation erronée.

4 - Ecriture

Excellent graphisme. Nombreuses erreurs orthographiques qu'il corrige inconstamment : La belutique, la belquinque, puis la Belgique.
Spontanément, le style écrit est agrammatique.
Nous avons vu comment un mot irréalisable oralement pouvait parfois être écrit.
L'écriture copiée est parfaite.
La dictée des lettres et des syllabes est très perturbée encore.

5 - Calcul écrit

Quelques erreurs de retenues dans la soustraction.

NOVEMBRE, DECEMBRE I95I (2 ans d'évolution)

Le caractère euphorique et les fou-rires persistent.
Certains gestes volontaires des lèvres et de la langue demeurent impossible : gonfler les joues, il rentre les lèvres (sur commande orale et sur imitation) claquer la langue et bruits de désapprobation : il fait la syllabe te, te, te. Mais il réussit les mimiques de colère, d'étonnement sur ordre; il peut siffler.

I - Expression verbale

Le langage est couramment utilisé dans l'activité journalière.
Les caractères du langage spontané ont peu varié :
- courtes émissions séparées par des pauses.
- quelques propositions simples; les verbes sont presque toujours "fait" ou "prend".
- quelques mots agrammatiques.
- beaucoup de verbalisations de soutien (mots passe-partout) "et puis, après"; mais "oh ! ça, mon vieux", "comme ça", "tu comprends", les "quoi" ont disparu.
- pour appeler le mot récalcitrant, le malade utilise encore : dela de la, un, un.
- il remplace un mot impossible par "machin".

- Langage spontané :
- Le café noir ... je ... en ville ... une heure en ville ... les magasins. En ville et puis après le ... l'école ... entré dans la salle ... s'asseoit là ... non ... la chose ... la venge ...
- Les enfants ils jouent au jardin ... et puis des ... de la ... et puis des enfants à côté ... moi, travailler pour guérir ... et puis le jardin ... j'ai fait une remarque (pourquoi ?) pour ramasser des légumes ... des petits lapins ... et puis la vaisselle.

- Les séries automatiques : nécessitent encore l'amorçage pour les mois.

- Répétition : La répétition est encore syllabaire pour un mot long et inusuel comme : bibliothèque.
Pour : sténotypie : pesto pito sténotitomi.
Pour : existentialisme : elistamosdastis, sististumisme, existence ... liste, exis ... iligna ... istestostas.

- Les phrases de longueur croissante : ne dépassent pas "La neige à Paris".

- Dénomination : La dénomination d'objets ou d'images est souvent encore laborieuse, toujours facilitée par une ébauche orale, si minime soit-elle.

- Description : sans changement.
- La noce ... la Mairie ... la noce sort de la Mairie ...
- Les petits font la mer ... les petits bateaux ...
- Le monsieur va à la rivière pour les poissons ...
- Les monsieurs boivent au café ...
- La femme regarde sur la rue par la fenêtre.

- Narration : Le nombre des idées exprimées est très réduit, l'agrammatisme plus marqué encore que dans le style spontané.
- A Paris ... le Septembre ... je le brûle des maisons ... les maisons ... elles ... les pompiers ... il sort ... pour les ... de la ... pour la prendre le ... il ... le feu ... pour les feux ... les enfants sont dans les abris dans les ... les ... les enfants ... le Monsieur.

On arrive à saisir les intentions verbales (I7 familles sont sans abri), mais celles-ci ne peuvent forcer le barrage.

- Constructions de phrases avec 2 mots :

- vacances-repos :
- Les vacances reposent les ... le repos.

- Neige-hiver :
- La neige ... la neige et hiver ... la neige tombe en hiver.

- Drapeau-patrie :
- Le drapeau ... dans ... le drapeau tombe en (persévération de l'épreuve précédente) ... non ... en, en ... le gra ... non ... le dra ... non ... le ... le ... le drapeau ... une caserne ... tout de suite.

- Circulation-accident :
- Le dra ... le dra (persévération), non ... la circulation est arrêtée un accident ... oui, oui.

- Les définitions de mots : sont difficiles; ce sont sont seulement des définitions par l'usage. Elles sont impossibles pour les mots abstraits. Elles font apparaitre les hésitations, les arrêts, l'agrammatisme, ou du moins la rareté des verbes conjugués, réduits à : faire et prendre.
- fourchette : une fourchette pour manger.
- yeux : les yeux pour voir.
- menuisier : un menuisier ... un menuisier ... pour le ... des ... de bubu ... du bois pour travailler ... les meubles de la maison ... Les menuisiers font des meubles.
- meurtre : non ... parce que ... le, le monsieur ... fait du mal ... oui pour les ... les ... les ... le monsieur fait du mal aux voisins.
- riche : celui qui gagne de l'argent.
- aveugle : celui qui a pas d'yeux.
- actif : celui qui a pas peur.
- libre : c'est celui qui ...
- laver : la propre ... une propre ... l'abonné non ... lalabonné non ... du savon ... pour sa propre ... pour apprendre après propre.

2 - Compréhension

L'épreuve de compréhension est parfaitement réussie.

- 3 papiers doubles : une seule erreur.

3 - Lecture

La désignation des lettres et des syllabes est bonne.
La lecture à haute voix est pratiquement impossible.
Les mots écrits sont désignés sur ordre et placés sous les images correspondantes; ils sont bien verbalisés.
Les ordres écrits sont bien lus et bien exécutés.
Il y a donc là en 6 mois, une récupération notable : la lecture à haute voix de phrases est devenue possible. Mais le malade achoppe encore sur les mots invariables et les termes pas courants.

4 - Ecriture

L'écriture est sans changement.
Laborieuse, bien tracée, agrammatique.
- La vigne les raisins des pommiers le cuve, etc. ... avec des erreurs orthographiques corrigées : cube surchargé en cuve.
On essaye de faire décrire des images comportant les mêmes personnages dans les actes différents.
Les verbes et les mots peu usuels sont des échecs:
- Le garçon - le malade.
- Le maman, le tichin à le médecin (la maman téléphone au médecin).
- Le médecin regaude le (biffé : métro) themear (plusieurs surcharges) - (Le médecin regarde la température). Etc. ...

5 - Tests

L'échelle de performance de WECHSLER donne un Q.I. non verbal de I03.

EXAMEN DU I2 JUILLET I954

I - Expression verbale

- Parole spontanée : L'inhibition est beaucoup moins importante, le débit normal, mais de lui-même le malade parle peu, il faut l'y inciter :
- Lui demandant des renseignements sur la construction de sa maison :
- le maçon même pas terminé encore : la cuisine, les mosaïques, les maçons, les murs ensuite le parquet, les portes, enfin après pour les ...
- Récit de la communion de sa fille :
- Inviter les parents, à la maison 20, des cadeaux,

un abat-jour, des mouchoirs, une montre, le grand-père, un livre, une médaille, un stylo. Le petit frère à l'école, courir, la récréation, mais ... ça dépend ... des devoirs, des opérations ... écrire ... et puis ... des chansons ...

- Répétition : quelques signes de désintégration phonétique pour les groupes consonnantiques seulement :
- Spectacle : pectacle.
Répétition des phrases : possible pour celles de deux mots :
- Je suis venu ce matin, je suis le matin à l'hôpital. Je pars de Montlucon dans la soirée, je suis.

- Dénomination : tout à fait correcte.

- Description : semblable au langage spontané.

- 2 mots en phrases : toujours impossibles.

- Explication de mots : possible par l'usage, parfois énonce un synonyme ou un mot ayant un rapport de cause à effet.
- une école : pour écrire.
- un menuisier : pour les buffets, pour les portes.

2 - Compréhension

Nécessité de répéter encore plusieurs fois les consignes pour les ensembles un peu longs ou arbitraires. Nécessité de laisser un certain temps de latence nécessaire à la réalisation de la consigne donnée.
Il semble que la conception de la phrase soit globale.
Il a été difficile de mettre en évidence si le malade concevait nettement la signification de certains adverbes ou de certaines propositions.

3 - Lecture

La désignation des lettres est encore perturbée, les erreurs sont d'ailleurs beaucoup plus nombreuses lorsqu'on demande au malade de les désigner à l'intérieur des mots.
Pourtant il se sert parfois d'un code, pour désigner le V il dit comme Vienne et il montre bien la lettre V.
Pour le H : comme Henri.
Pour J : comme Jean-Paul.
Les syllabes sont encore mal désignées.
La lecture des mots est pourtant correcte.
La lecture à haute voix n'est pas totalement agrammatique, beaucoup de verbes sont lus à la forme active.
Les achoppements concernent surtout les adverbes et les conjonctions.

Le débit est souvent sybillaire, haché, quelques déformations de type phonétique. Il est parfois nécessaire d'amorcer le mot.
Un synonymeest souvent émis.

4 - Ecriture

-Spontanée : encore inexistante. Au bout d'une demi-heure, le malade avait écrit en l école, pour parler de ses enfants.

La dictée des mots usuels et courant est possible pour beaucoup, mais encore des déformations de mots ("clèg" pour lunettes).
Parfois transcrit un mot ayant un rapport d'ordre conceptuel :
-table : fourchette.
Il arrive encore que deux mots commençant par les mêmes syllabes soient confondus :
-buvette : buvard.
-Je désire faire de bonnes vendanges cet été : vendanges, il, en été.
-Ce matin, je suis venu à l'hôpital : je matin, il sera à l'hôpital.
La dictée des lettres et des syllabes est toujours aussi perturbée. Le malade exprime son trouble : moi pas pouvoir l'écouter, pas comprendre.

Depuis cette date, l'état du malade est resté absolument stationnaire.

OBSERVATION N° 4 - Mr. BAL... Daniel - 30 ans

Le malade est envoyé le 30-3-54 au Centre du Langage pour apahasie et hémiplégie droite.

Histoire de la maladie

Le 20-1-54, en Indochine, blessure par balle de la région temporo-pariétale gauche -lésion tangencielle. Perte de connaissance de très courte durée. Par la suite, lucidité parfaite. Hémiplégie droite avec aphasie (suppression totale du langage). Marche impossible.

Iere intervention : A Hanoï, peu après la blessure : intervention a minima. Suture des orifices. Il y aurait eu issue de matière cérébrale. Evacuation sur Saïgon.

2eme intervention : A Saïgon, le 23-1-54. Large tranchée avec multiples esquilles, extradurales et intracérébrales. Excision d'une large chambre d'attrition. La dure-mère est découverte puis est suturée à peu près complètement. Suture musculo-aponévrosique. L'orifice de trépanation chevauche sur les régions prérolandiques et pariétales de 10 cm 1/2 descendant en bas largement sur la projection du lobe temporal sur la voûte crânienne. La régression de l'hémiplégie est assez satisfaisante. La marche redevient possible environ 6 semaines après la blessure. Elle se fait tout d'abord en fauchant, puis devient progressivement à peu près normale. Le malade peut à nouveau utiliser la main droite 8 mois environ après la blessure.

Examen clinique du 10-10-54 : Hémiplégie spasmodique droite prédominant au membre supérieur (maximum : distal). La force musculaire est à peu près normale au membre inférieur.
Les réflexes ostéo-tendineux sont très vifs à droite, le cutané plantaire est en extension.
Trouble des sensibilités superficielles et profondes au niveau de tout l'hémicorps droit.
Au niveau des paires crâniennes : paralysie faciales droite nette.
Reflexe du voile normal.
Pas d'hémianopsie.

-E.E.G. (12-3-1954) - Altérations lentes assez étendues à prédominence temporo-rolandique gauche. Pas de potentiel franchement irritatif.

ETUDE DE L'APAHASIE -(30-3-1954)

I- Expression verbale

-Parole spontanée : Le malade a une suppression presque totale en dehors de pan, pan, pan et de la possibilité d'émettre oui et non sur commande orale, il ne dit rien -toute tentative de répétition est inutile.

2- Compréhension

-Désignation : La désignation est bien réussie, les ordres simples sont bien éxécutés.

-3 papiers simples : aucune erreur.

-3 commissions : aucune erreur.

Les épreuves de double et triple désignations sont bien réussies -l'épreuve de compréhension à choix multiples : avec présentation écrite des réponses : aucune erreur, mais il faut laisser un certain temps de latence nécessaire à l'élaboration de la consigne.

3- Lecture

La désignation des lettres et des syllabes est bien réussie.
Celle des mots l'est également.
La correspondance des mots et des images est bien effectuée.
Tests sur actions correspondantes :
La lecture à haute voix n'est pas un moyen de facilitation, toute verbalisation est impossible.

4 - Ecriture

-Copiée : est correcte.

-Spontanée : il arrive que le malade réponde par écrit à certaines questions qu'on lui pose. C'est ainsi que lui demandant ce qui lui est arrivé, il répond : balle - la tête - à -verre - la gauche. Lorsqu'on lui demande quelle est votre profession, il transcrit : neuf ans serrurte (pour service).

- Dictée : Jours - Lundi, madin, merdin, jeudi, vendre, samede, dimanche.

5 - Tests

-HEAD : le shema corporel est bon. La désignation des membres droits et gauches est correcte.

On note deux inversions au test main-oeil-oreille.
Test de l'heure : aucune erreur.
Test des couleurs : la désignation est correcte.

-Figure complexe de REY : la structuration et les graphismes sont corrects.

-Test de BENDER : aucune anomalie.

-Echelle de WECHSLER-BELLEVUE : le quotient intellectuel performance est de :
La réussite est totale.

6 - Apraxie

Les gestes transitifs, intransitifs, idéo-moteurs sont tous réussis.
Apraxie bucco-faciale : aucune anomalie.

RESUME

Ce malade a une suppression totale de son langage.
On ne trouve aucune autre perturbation concernant la compréhension, la lecture, les aparaxies, la perception visuelle et auditive.
L'efficience aux tests est normale, le quotient intellectuel du malade est particulièrement satisfaisant.

EXAMEN DU 10 OCTOBRE 1955

1 - Expression verbale

Le débit est syllabaire.

-Parole spontanée :
-Parler - matin - manche - là - tout.
-Profession : foitures - machines.

-Pourquoi êtes-vous parti à la guerre ?
-Je sais pas, guerre, voilà, comme ça.

-Série automatique :
-Jours : correctement énoncés, mais le débit est syllabaire.
-Mois : il est nécessaire encore d'amorcer un mois sur deux.
-Compter : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7.

-Répétition :
-ba = pa, da = ta, vi = fi, fo = co, li = lé, va = fa, pu = chu.

-travail : tra - fa.
-fauteuil : fauteu.
-gâteau : cateau.
-spectacle : pé - ta.
-bibliothèque : bi - lo- thè.

-Phrases :
-J'ai faim : chai faim.
-Je suis fatigué : ché - si - ga gué.

-Dénomination : possible sans article.
-Lampe : +
-Fauteuil : fauteuse.
-Stylo : tylo.
-Encrier : en - cré.
-Buvard : bufard.

-Descriptions - verbes :
-balayer : valayer.
-Descendre : marche.
-Ecrire : crire.
-Tricoter : cri...ch...cri...cré...cri...cri... ch...cricote.

-Apraxie bucco-faciale : tous les gestes sont réussis sans aucune erreur. La mimique est particulièrement expressive.

2 - Ecriture

Egalement agrammatique. La plupart des noms séparés usuels sont bien transcrits.
-Je suis à l'hôpitál : je suis l'hôpital.

RESUME

Ce malade n'a pratiquement aucune formule spontanée à sa disposition. L'énoncé des formules automatiques n'est pas satisfaisant. Il est nécessaire d'amorcer encore un mot ou deux. Son langage spontané est totalement agrammatique.
La dénomination ne comporte pas d'article.
Le débit est toujours sybillaire, même dans le langage spontané.
Les signes de désintégration phonique sont très importants lors des épreuves de répétition. On note surtout un assourdissement des consonnes sonores et la suppression de tous les groupes consonnantiques.
L'écriture est agrammatique et s'est toujours révélée comme telle, même lorsque le malade ne disait rien.
Sa signification du mot stéréotypé : le malade montre sa blessure et dit : pan, pan, pan. Il se souvient très bien de la période où il n'avait que ce mot à sa disposition; il s'en apercevait mais ne pouvait faire autrement.

OBSERVATION N° 5 -Mr CAI... Etienne

Le malade est envoyé au Centre du Langage pour séquelles de traumatisme crânien : hémiplégie droite avec aphasie.

Histoire de la maladie

Le 10-8-1944, blessure temporo-pariétale gauche par éclat d'obus. Fracture ouverte du crâne avec énorme brêche au niveau du pariétal gauche. Coma immédiat avec hémiplégie droite.

Le 11-8-1944, en Angleterre, on procède au débridement de la blessure. Les deux tiers de l'hémisphère cérébral gauche ont été atteints. Ablation des esquilles et des parties atteintes du cerveau. Le coma persiste. Une fistule pariétale se forme laissant couler du L.C.R. La P.L. montre l'existence d'u e infection méningée. Un traitement par antibiotiques amène la fermeture de la fistule. Le malade sort du coma. A partir du 18-10-1944, l'amélioration de l'état général est alors progressive. Le malade peut manger, il n'y a pas d'incontinence.

La suppression du langage est totale, mais le malade donne l'impression de comprendre.

Dans les mois qui suivent, l'hémiplégie régresse légèrement et permet au malade la marche en fauchant. L'expression verbale s'améliore progressivement également, mais on ne possède pas de détails sur cette récupération. (mot stéréotypé pendant quelques semaines, semble-til.)

En outre, 2 ordres de crises sont apparues:

-1 Crises motrices à localisation bracchiale avec perte de connaissance, ayant disparu depuis plusieurs mois.

-2 Crises psycho-motrices survenant tous les 3 mois, durant 1 semaine environ, pendant lesquels le malade présente une activité complexe et un comportement délirant (agressivité, délire de persécution, délire mystique) dont il garde un souvenir lacunaire.

Examen clinique

Hémiplégie spasmodique droite, avec hypertonie importante, membre supérieur en demi flexion et pronation, déficit moteur au niveau des deux membres, hyper-réflectivité ostéo-tendineuse, cutané plantaire en extension, troubles des sensibilités superficielles et profondes.

Au niveau des paires crâniennes, paralysie faciale droite de type central et paralysie de l'hémivoile droit avec hémianesthésie.

Hémianopsie latérale homonyme droite.

-E.E.G. Tracé altéré montrant des anomalies du rythme de base de tout l'hémisphère gauche et des signes de souffrance et d'activité paroxystique temporales gauches.

ETUDE DE L'APHASIE - (26-1-1955)

1- Expression verbale

-Parole spontanée : Le malade est inhibé, il achoppe fréquemment. Les signes de désintégration phonétique abondent. L'anarthrie paralytique est assez importante.
-J'écoute le poste, j'entends les sansons (pour chansons), les listes (pour disques).
-Parler ma femme, lire -je sais pas dire, voilà.

-Séra automatiques : sont énoncées.

-Répétition : Lettres et syllabes : correcte.
Mots : erreurs de type phonétique.
-Chiffres = siffres.
-Poste = pope.
-Obtenu = otenu.
-Fatigué = patigué.
-Jaser = jajer.
-Sachet = jajet.
-Bibliothèque = bibiothèque.

-Dénomination : réussie, il n'est pas besoin de facilitation.

-Description : est énumérative.

-Narration : Brûlure - pompier - incendie.

-2 mots en phrases : je sais pas dire, je peux pas dire.

-Définition de mots et de proverbes : impossible.

2 - Compréhension

-Désignation : la désignation est bien réussie, les ordres simples sont bien exécutés.

- 3 commissions : 2/3 sont bien éxécutés.

- 3 papiers simples : 2/3.

- Epreuve de compréhension : aucune erreur.

3- Lecture

L'alexie est totale.

4- Ecriture

Totalement abolie, au stade littéral et verbal.

5- Tests

-HEAD : Pas de troubles du shéma corporel. Test main-oeil-oreille : quelques inversions droite-gauche.
Test de l'heure : quelques erreurs concernant les minutes.
Couleurs : aucune anomalie ni dans la désignation, ni dans la dénomination.

-Test de BENDER : bien réussi.

-Figure complexe de REY : le graphisme et le mode d'appréhension sont satisfaisants.

-BENTON à choix multiples : niveau moyen.

-Echelle de WECHSLER-BELLEVUE : quotient intellectuel performance : 80, baisse générale de l'efficience à cette échelle.

6 - Apraxie

Pas d'anomalie franche, mais on note une certaine inexpression des gestes et quelques hésitations.

RESUME

Ce malade a une aphasie de BROCA.
Désintégration phonétique à partir des épreuves de langage spontané, inhibition, achoppements multiples, note d'anarthrie paralytique aggrammatisme presque constant. Il n'y a pas de trouble de compréhension, par contre l'alexie est totale, ainsi que la suppression de l'écriture. Pas de troubles gnosiques visuels semble-t-il, les tests perceptivo-moteurs sont d'ailleurs bien réussis. Par contre l'efficience à l'échelle de WECHSLER performance est très inférieure sans anomalie d'ordre particulier. La détérioration mentale de ce malade semble certaine.
Depuis plus d'un an, l'état du malade est resté strictement stationnaire.

OBSERVATION N° 6 - LEJ ... Jean-Paul - 8 ans

L'enfant est envoyé au Centre du langage pour hémiplégie droite avec aphasie, le 2I-X-I954.

Histoire de la maladie

Enfant normal jusqu'à son accident : développement smatique et psycho-moteur normaux. L'enfant parlait, lisait et écrivait avec les fautes d'un enfant de son âge.

Vers la fin de Juillet I954 : chute de byciclette, sans perte de connaissance. Mais, 36 heures après apparaît un coma très profond avec hémiplégie droite, faisant envisager cliniquement un hématome extra-dural.

Une artériographie est pratiqué à la Pitié le I-8-I954 : Existence dans la vallée sylvienne gauche d'une poche de remplissage uniforme, faisant penser à un faux sac anévrismal.

En raison de l'aggravation progressive des signes : intervention le 5-8-54. Au niveau du lobe temporal gauche, évacuation à 3 cm sous le cortex, d'un volumineux hématome de sang noir. Lorsque cet hématome est évacué, il vient spontanément par le trocart, sans aspirer, de la bouillie cérébrale, témoignant de l'importance du ramollissement hémoragique. La ponction de l'hématome, a détendu le cerveau.

A la suite de l'intervention, l'état de conscience s'améliore un peu, ainsi que les signes végétatifs, mais l'enfant reste totalement aphasique, obnubilé et désorienté.

Une seconde intervention est décidée pour le I9-8-54. Artériographie pré-opératoire. Plus d'injection de la volumineuse malformation vasculaire : il persiste seulement une déformation arrondie de la sylvienne. Intervention : Vers la pointe du lobe temporal, on sent une masse dure. Incision du cortex à ce niveau. Très superficiellement apparaît la masse anévrysmale. L'anévrysme a pu être enlevé intact. Les dégats corticaux sont limités à la pointe du lobe temporal.

Après cette intervention : régression progressive de l'hémiplégie. L'enfant reconnaît son entourage. La compréhension redevient normale, mais il persiste de gros troubles de l'élocution : l'enfant ne peut dire que "papa - maman". Au bout de deux mois, son vocabulaire s'est amélioré progressivement et il peut nommer spontanément quelques objets usuels, mais il est totalement agrammatique.

Examen clinique - 6 Mai I955

La marche et la course s'effectuent avec le bras collé au corps, la main droite pendant inerte.

Hémiplégie spasmodique droite assez discrète, prédominant du membre supérieur (maximum distal) (avec doigts rétractés en griffe), avec hyperréflectivité ostéo-tendineuse aux 2 membres, cutané plantaire en extension, sensibilité superficielle normale, sensibilité profonde perturbée.

Au niveau des paires craniennes : paralysie faciale droite de type central.

Pas d'hémianopsie.

ETUDE DE L'APHASIE - 2I-IO-I954

I - Expression verbale

- Parole spontanée : l'inhibition est très importante, on note un manque d'incitation verbale, le débit est syllabaire et monotone."A la campagne les faux pour les chevaux, pépère de la paille. Monsieur, main bleu, curé venir".

- Séries automatiques : sont bien énoncées.

- Répétition : on note l'assourdissement des consonnes sonores.
Ju : chu.
Bureau : pureau.
Table : tape.
Spectacle : pectacle.

- Dénomination : l'ébauche orale est nécessaire pour la plupart des objets présentés.

- Description : est tout à fait énumérative. "Grand'mère, chat, enfant, le feu".

2 - Compréhension

- Désignation : la désignation est bien réussie.

- Ordres : les ordres simples sont bien exécutés.

- 3 commissions : I sur 3.

Epreuve de compréhension à choix multiple : est bien réussie.

3 - Lecture

Lettres et syllabes : l'alexie est totale.
Mots : la désignation en est perturbée, la lecture impossible.
Correspondance des mots et des images : possible par deux images, si non les erreurs sont multiples.
Exécution des ordres écrits, correspondance des textes et actions : impossibles.

4 - Ecriture

Complètement abolie, même l'écriture copiée est perturbée. Seule la copie des lettres, de façon très servile, est possible.

5 - Apraxie

Il n'a été mis en évidence aucun signe d'apraxie idéatoire, aucun signe d'apraxie idéo-motrice.

6 - Tests

- HEAD : La désignation des couleurs est perturbée.
Test main-oeil-oreille : aucune erreur.
La désignation des membres droits et gauches est correcte.

- Cubes de KOHÉS : niveau : 8 ans et demi.

- Tests perceptivo-moteurs : le niveau de maturation n'est pas satisfaisant. Niveau 6 ans au test de BENDER et à la figure complexe de REY.

- BENTON : niveau très inférieur pour son âge.

- Echelle de TERMAN-MERRIL : âge mental : 6 ans 4 mois.

- Quotient intellectuel : 75.

RESUME

Cet enfant s'exprime par mots-phrases. Il n'emploie aucun verbe à la forme active, très peu à la forme infinitive.
Il est inhibé et souffre d'un syndrome de désintégration phonétique assez important.
L'alexie est totale.
L'écriture complètement abolie.
La compréhension orale semble relativement conservée.
Au point de vue efficience générale on note un retard de deux ans.

OBSERVATION N° 7 - Mme MAR ... Maria - 56 ans

Hospitalisée le I2-III-I953 pour une hémiplégie droite avec aphasie survenue brutalement à la suite d'une intervention pour un cancer du colon.

Histoire de la maladie

Le 3-XII-I952 apparition d'une occlusion intestinale aïgue traitée par aspiration, suivie d'un syndrôme azotémique qui nécessite son hospitalisation.

Peu de temps après (sans qu'on puisse faire préciser la date avec exactitude), nouvelle occlusion et intervention.

Immédiatement après l'intervention, se constitue une hémiplégie droite avec aphasie.

Dans les semaines qui suivent, l'hémiplégie régresse mais l'aphasie demeure inchangée.

Examen clinique

Les signes d'hémiplégie sont discrets. On retrouve en effet, du côté droit : une légère hypertonie - un léger déficit moteur (grâce à l'épreuve de BARRE) - des reflexes tendineux exagérés au niveau des 2 membres, avec un cutané plantaire en flexion - des troubles de la sensibilité subjective à type de fourmillements, une hypoesthésie à la piqure, sans troubles de la sensibilité profonde.
Il n'y a ni astéréognosie, ni troubles cérébelleux.
Au niveau des paires craniennes : parésie faciale centrale droite, reflexe du voile conservé.

Pas d'hémianopsie. Motilité occulaire normale.

Examen général : Etat satisfaisant. La malade a repris IO kgs depuis son opération.

T.A. - I5 - IO.

F.O. - Il existe un léger flou au niveau du bord nasal de la pupille droite.

ETUDE DE L'APHASIE - I4-3-I953

I - Expression verbale

- Parole spontanée : La malade est prolixte, elle émet de façon incessante une suite de phonèmes dont le nombre est assez limité mais l'émission ressassée

de façon plus ou moins désordonnée :
- assississi assuze palililili apoincipali point point point, dididit, apali apaliapali, paliapoint, tititi, palilipalili palili, pointdididi, pointpoinpoin, tititititi, didididi, poinlililili.

- Série automatique : L'évocation est impossible :
- lilili, pidipidipidi, padidi padidi.

- Répétition : Des syllabes est totalement erronée :
- pallili didi sututu silili
sont les expressions émises quelles que soient les syllabes les mots ou les phrases proposés.

- Dénomination : Impossible, les moyens de facilitation sont tous inefficaces.

- Description : Narration de mots en phrases, définition de mots, explications de proverbes : le jargon est toujours le seul mode d'expression obtenu.

2 - Compréhension

Toutes les épreuves sont réussies, même la critique des histoires absurdes semble gestuellement très satisfaisante.

3 - Lecture

Aucune erreur dans la désignation des lettres et des syllabes. La désignation, la correspondance des mots et des images, l'exécution des ordres écrits, la correspondance des tests et des images, sont bien réussies.

4 - Ecriture

La dictée des lettres est correcte, les erreurs surviennent à partir du stade syllabaire :
- Mu : nu.
- Co : came.
- Da : ano.
Les déformations de mots sont importantes :
- Table : calé.
- Crayon : cigé.
- Chien : chon.
Ecriture spontanée :
- Lundi : Ludi, Mardi : Maredi, Mercredi : Mecedi, Jeudi : Jeidie, Vendredi : Verddi, Samedi : Sanidi, Deuede.
Ecriture dictée :
- Je voudrais reparler comme tout le monde.
- J'ai veudes n g pardes grads tues uets leds vantts.
De façon générale, le graphisme est très maladroit.

5 - Apraxie

Aucun signe n'a été mis en évidence.

6 - Tests

- HEAD : Test main-oeil-oreille - le schéma corporel est correct - la désignation des membres droits et gauches également.
Sur commande orale, aucune erreur, sur imitation par contre, quelques inversions droite-gauche.
Test de l'heure : on relève également quelques inversions droite-gauche et une inversion de la grande et de la petite aiguille. D'autre part, quatre erreurs concernant le chiffre des minutes.

- Figure complexe de REY : le mode d'appréhension de la figure est le type IV-V (juxtaposition de détails - fond confus). La malade se classe dans le dernier percentile. Sa copie évoque une reproduction typique du stade syncritique.

- Test de BENDER : Le niveau de maturation perceptive n'est pas satisfaisant non plus et témoigne d'un stade primitif déterminé (7-8 ans).

- Echelle performance de WECHSLER-BELLEVUE : Le quotient intellectuel de la malade est de 9I, la répartition des résultats est la suivante :
- Classement : 4
- Complètement : I2
- Cubes : 5
- Assemblage : 4
- Code : 2

RESUME

La volubilité non contrôlée avec laquelle la malade émet une série de phonèmes dépourvus de sens évoque le tableau d'une jargonaphasie bien que, en fin de compte, le nombre de ces phonèmes soit très limité. Aucun moyen de facilitation n'est efficace dans les épreuves de répétition et de dénomination. La compréhension de cette malade est par contre indemne et l'on est frappé par le degré de réussite totale à toutes les épreuves quel que soit le niveau d'abstraction ou la pluralité des ordres donnés. On ne constate non plus aucune alexie verbale ou littérale.
Il n'y a pas d'apraxie idéatoire ou idéo-motrice, par contre la maladresse du graphisme constatée aux épreuves d'écriture et aux tests perceptivo-moteurs évoque une certaine régression des activités motrices. Le niveau de maturation perceptivo-motrice n'est d'ailleurs pas satisfaisant à ces tests. Le quotient intellectuel de la

malade aux épreuves de WECHSLER est par contre satisfaisant.

EXAMEN DU 28 AVRIL 1953

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Toujours jargonnée :
- A - ti - A Ad quellquolle a gi arguechetro - parce que par etc ... patelle eli ... velle, va et puis assila (et fait le geste de balayer et faire la vaisselle).

Lorsqu'on lui demande des nouvelles de ses enfants, elle répond :
- Oh pas caboneu - ossipapa - un oh oui fils.

- Répétition : est possible pour beaucoup de syllabes.
De façon générale, la voyelle est toujours exacte.
Mots : les émissions ne sont plus faites au hasard.
On note un certain rapport du mot répété :
- Crayon : dion.
- Travail : ail.
- Sténotypie : stidi.

- Dénomination : Lampe : vampe - encrier : crier - buvard : vard - table : petable pelo - fauteuil : coteuil - binette : net - crayon : crayon - livre : sipi, c'est difficile vivre - fumer : paque paqui fume - monter : aquer eh ... per ... eh ... per eh diaépéiti, passer alé nou - balayer : bayer - tricoter : cote - descendre : non eh non.

- Description : noce : coa, gare pour car, un sasse une place (pour le bassin) lefait (pour café) sissi non, filfil a ... les sot, anon ... ici ... pessi ... anonnon ...

RESUME

Ainsi, cette malade a enrichi son jargon dans son langage spontané, dans la répétition; il ne s'agit plus par contre de phonèmes erronés; la consigne est suivie avec plus d'attention et l'on trouve un certain rapport dans ce que répète la malade avec le mot ou la syllabe proposé; de façon générale c'est presque toujours la dernière syllabe du mot qui est répétée. La dénomination est possible, les déformations de mot constatées sont importantes, elles ont pour but de simplifier le mot verbalisé et les déformations constatées évoquent certains signes de désintégration phonétique. Dans la description où la malade peut laisser libre cours à certaines élaborations spontanées, on note le mélange de jargon et l'ébauche d'une énumération de mots convenables quant à leur choix mais non quant à leur verbalisation.

EXAMEN DU 6 JANVIER 1954

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Il est apparu un langage agrammatique plus ou moins entrecoupé encore de formules jargonnées, c'est ainsi qu'elle énonce le programme de sa journée : pali, pali, froid oh oui, oh, pali, laver ... ménage, paler, nordé ... rapriser ... ah oui ... ménage oh oui ...
Racontant l'histoire de sa maladie : pital ... pali ... crise eurémie ... pital eh Hôtel Dieu ah ... pali ... gozaux ... collion ... (et montre son colon) pali ... pali ... crises eurémie ... parler ... bien sur.

- Séries automatiques : sont toutes énoncées de façon correcte mais avec hésitation entre chaque mot.

- Répétition : des syllabes et des mots est correcte jusqu'à sténotypie :
- Sténotypie : cesso.
- Bibliothèque : biliotèque.
- Constitution : consission.
Le texte de répétition de DESCOEUDRES est réussi en partie; quelques signes de désintégration phonétique persistent encore :
- Examen : xamen.
- Bébé : pépé.
- Vlan : blan.

- Dénomination : est possible pour tous les objets qu'on présente.

- Description : correcte et de type agrammatique.
Tableau de la veillée : manger, soupe, chauffer, tricot, chicot, grand'mère, soupe, table, grand' père, fumée, pipe, chien, quille, feu, bille, chat, soupe, fusil, salade, pain, enfant, table, drier, calendrier.

- Deux mots en phrases : possible pour les premiers exemples, et toujours l'agrammatisme persiste :
Ex : matin journal : matin lire journal.

- Explication de mots :
- Fourchette : manger.
- Les yeux : tout voir.
- Menuisier : bois.
- Ecole : instruire enfant.

2 - Ecriture

- Copiée : est correcte.

- Spontanée : est nulle, la malade ne veut rien transcrire.

- Dictée : Je voudrais reparler comme tour le monde : je vous parle comme toi le monde.

RESUME

Ainsi le jargon a pratiquement disparu du langage spontané de la malade; en dehors de l'expression : pali, pali, qui parsème le langage spontané de la malade, on ne trouve plus de mots jargonnés. Les déformations de mots constatées sont d'ordre phonétique. L'agrammatisme est total. Bien que les achopements soient répétés l'incitation verbale de la malade est satisfaisante; son débit est abondant et elle ne cesse de parler. Il n'y a pas de signes anarthriques très évidents.

Depuis le 6-I-54, la malade n'a plus été suivie en rééducation. Elle a repris son travail (plongeuse dans un restaurant), mais son état demeure stationnaire.

OBSERVATION N° 8 - Mme DAP ... Madeleine - 22 ans

La malade est envoyée au Centre du langage le 2-XI-1953, pour hémiplégie droite avec aphasie.

Histoire de la maladie

Les troubles débutent le 23 Novembre 1948, 4 jours après un accouchement à terme, ayant nécessité le forceps. Enfant normal.

Les suites de couches sont d'abord normales. Mais 4 jours plus tard, brusquement, dans la nuit apparaît une paralysie faciale droite, suivie très rapidement de la constitution d'une hémiplégie, avec suppression presque totale du langage (qui est réduit à un seul mot : oui).

Il n'y a pas eut d'ictus, ni perte de connaissance.

A l'Hôpital de la Pitié où elle est envoyée, on constate l'existence d'une hémiplégie flasque. Il n'existe pas de signes de phlébite. Le liquide céphalorachidien est normal. Elle est ensuite envoyée dans le service où on note une hémiplégie globale et proportionnelle droite avec hypotonie musculaire, exagération des reflexes ostéo tendineux au niveau des deux membres, cutané plantaire en extension, sensibilité superficielle et profonde très altérée, et troubles sphinctériens. Il existe également une paralysie faciale droite de type central, et une hémianopsie latérale homonyme droite.

Depuis cet examen, l'hémiplégie passe progressivement à la spasmodicité. Cette évolution est déjà sensible en 1949, surtout au niveau du membre supérieur. La marche redevient possible. L'aphasie demeure très importante.

Depuis Mai 1953, la malade a présenté deux crises de type comitial avec aura auditive (bruit de sonnerie dans les deux oreilles), chute, perte de connaissance, secousses cloniques et amnésie post-critique, mais, sans morsure de la langue ni perte des urines.

Examen clinique - 30 Juin 1954

La force musculaire est très diminuée au niveau du membre inférieur droit (la marche se fait en steppant), moins diminuée au niveau du membre supérieur. Le tonus est augmenté au niveau des deux membres.

Les réflexes tendineux sont exagérés au niveau des deux membres, le cutané plantaire est en extention à droite.

Il existe une hypoesthésie au niveau de l'hémicorps droit. La sensibilité profonde y est également altérée.

Au niveau des paires crâniennes, paralysie faciale droite de type central.

Discrète hémianopsie latérale homonyme droite.

ETUDE DE L'APHASIE - 2-XI-1953

I - Expression verbale

- Parole spontanée : D'elle même, la malade parle peu. Il est nécessaire de la solliciter par des questions répétées. Elle émet alors des phrases courtes dont les verbes sont peu choisis et souvent absents. On note une anarthrie de type paralytique.
Les signes de désintégration sont frustes.
Le nom est bien vocalisé, l'adresse également.
- Date de naissance ?
- 6 6 non IO, je sais pas.

- Profession ?
- Coucurière.

- Divers : une couche ... j'ai paralysé le ménage la vaisselle et tout le manger.
- Profession du mari : oh je sais pas moi, je peux pas le dire, il a fraise, je sais pas.
- Une maison ... à CACHAN, une pièce et puis une grande, deux pièces un jardin, il y a des fleurs, elle est belle la maison et puis le soleil toute la journée, l'hiver non c'est triste les gens (pour exprimer qu'il y a moins de passage dans sa rue).

- Séries automatiques : Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi et puis Mercredi, Lundi, Dimanche.
Mois : il est nécessaire d'amorcer chacun d'eux.

- Répétition : des syllabes est correcte.
Répétition des mots simples et usuels : aucune erreur, par contre, à partir de sténotypie, on note des assimilations.
- Elisions : Bibliothèque : bibiothèque, examen : esamen.
- Des phrases : possible jusqu'à 4 ou 5 mots.

- Dénomination : possible pour la plupart des objets présentés lorsque que la malade achoppe, l'ébauche orale est très efficace.

- Description : elle tricote, le chat, le feu, la soupe, un chien, ils mettent la table, un garçon, il sert à manger, une table, il fume la pipe à côté le feu, un chat une tarte aussi, un buffet et la salade, un fusil.

- Narration : Une maison, il y a eu le feu, et puis et puis, une jeune fille et un monsieur, il brûle les mains c'est tout.

- Deux mots en phrase : la plupart du temps, la malade répète les deux mots sans pouvoir verbaliser le verbe convenable.
On note la persévération du même verbe qui d'ailleurs n'a aucun rapport avec les deux mots proposés au cours de toute une partie de l'épreuve.
- Neige-hiver : il fait froid, la neige la neige a porté.
- Enfant-jardin : le jardin a porté des fleurs.
- Matin-journal : le matin a porté le journal.

- Explication de mots : possible par l'usage.
- Fourchette : on mange.
- Les yeux : on voit clair.
- Menuisier : il tape.
- Ecole : apprendre.
- Meurtre : tuer.

- L'explication des proverbes est impossible.

2 - Compréhension

Toutes les épreuves sont réussies, on ne note aucune perturbation.

3 - Lecture

La désignation des lettres est perturbée, celle des syllabes également, la désignation des mots est possible pour ceux qui sont usuels seulement.
La correspondance des mots et des images est correcte.
L'exécution des ordres écrits n'est pas correcte, la plupart du temps d'ailleurs la malade s'abstient, faisant signe qu'elle n'a rien compris.
Textes sur actions correspondantes : aucun n'a été bien placé.
La lecture à haute voix n'est pas un moyen de facilitation du langage oral.

4 - Ecriture

La dictée des lettres et des syllabes est très perturbée. Pour a, la malade transcrit c - pour d : m - pour l : m - pour g : o.

Il arrive d'ailleurs qu'elle soit incapable de transcrire un graphème quel qu'il soit.
Dictée des mots : en dehors de quelques termes usuels : café, papa, maman, chien, chat et son propre nom, elle s'abstient.
Phrases : la suppression de l'écriture est totale dans ce cas. Spontanément la malade est incapable d'écrire quoi que ce soit.

5 - Tests

- Test de HEAD : test main-oeil-oreille : est bien réussi.
Test des couleurs : la désignation et la dénomination sont bien réussies.

- Tests perceptivo-moteurs : sont tous bien réussis, on ne relève aucune anomalie, ni dans la structuration des figures, ni dans le graphisme.

6 - Apraxie

Toutes les épreuves sont réussies.

7 - Apraxie bucco-faciale

Aucune perturbation non plus.

RESUME

Il s'agit là d'une aphasie de BROCA, l'anarthrie constatée est de type paralytique, la faiblesse articulatoire, la monotonie du ton, la voix légèrement nasonnée, l'insuffisance du souffle sont caractéristiques.
L'agrammatisme n'est pas pur mais il existe de façon relative.
L'absence de spontanéité et la nécessité de suggérer et même d'arracher les quelques paroles émises, alors que les épreuves de dénomination et de description témoignent d'un certain vocabulaire dont peut disposer la malade, montrent le manque d'incitation verbale de la malade.
La compréhension est très bonne. Par contre l'alexie est presque totale et l'écriture pratiquement abolie.
Il semble même à l'échelle de la lettre isolée, que la malade a perdu la notion de la configuration écrite des lettres alors qu'elle arrive plus facilement à transcrire d'elle-même certains mots usuels. Ce fait est aussi flagrant dans les épreuves de lecture que dans celles d'écriture.
L'efficience aux tests est parfaitement normale, on ne relève aucune déficience d'ordre spécifique.
Aucun signe d'apraxie.

EXAMEN DU 26 JUILLET 1954

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Peu de différence avec l'examen précédent.
- Je lire - je bavarde c'est tout.
- Elle travaille à la maison - elle a la petite aussi - les courses - la popote - faire à manger - et puis on sort.
- Ma fille bientôt 6 ans.
- Moulin à paroles - oui elle sait - moi je ne sais pas.
- Les lettres c'est dur - ça va mieux quand même.

- Séries automatiques : Jours : sont bien énoncés.
Mois : Janvier, Octobre, Mars et achoppe.

- Répétition : des syllabes est correcte.
Répétition des mots : les signes de désintégration phonétique abondent.
- Bureau : pureau.
- Table : tabe.
- Bibliothèque : pisiétèque.
Répétition des phrases :
- Je suis à pital (pour Je suis à l'Hôpital).
- On déplore des dégats très importants : E ... E ... E... E ... Eplore ... importants.
- Il fait très vilain temps : très vilain.

- Description : est assez énumérative.
- On prépare la table, la soupe aussi, cricote, le chat, la polotte, une galette, un poste, il ne marche pas, les verres, je sais pas, le vin, un pichet, un couteau, une fourchette, une chaise, une marmitte, une bougie, un pot, la lampe, du sucre.

- 2 mots en phrases : rép-te le premier sans résultat.

- Définition de mots :
- Fourchette : pour manger.
- Menuisier : il travaille.
- Egoïsme : tout écarter pour dans la poche.
- Crier : rage.
- Aveugle : pas voir clair.
- Libre : tout seul.

2 - Ecriture

- Spontanée : maman et papa, pommes, poupée, chat.

- Description spontanée : vin, mari, vein, robet.

- Dictée :
- Je voudrais reparler comme tout le monde : je domé comene.
- Les enfants jouent dans la cour : jame été nesjele mage.
- J'aime beaucoup ma petite fille : la jours de enfant.
- Ami : donne.
- Café : fari.
- Bureau : nage.

- Dictée des lettres et des syllabes : très perturbée; les erreurs sont de cet ordre :
- Mu : an - Au : ba - Mé : co - L : v - B : l - S : t.

3 - Lecture

Aucun changement depuis l'examen précédent.

RESUME

L'anarthrie paralytique persiste.
Les signes de désintégration phonétique sont particulièrement évidents dans les épreuves de répétition - la répétition des phrases est agrammatique.
Le langage spontané comporte quelques phrases courtes à la forme active, mais celles-ci sont très rares et voisinent avec des mots phrases ou des verbes usés à la forme infinitive.
La description est énumérative encore.
Le langage transcrit très agrammatique et jargonné.
L'alexie est toujours presque totale.

Depuis cette date l'état de la malade est stationnaire.

OBSERVATION N° 9 - TRI ... Madeleine - 25 ans

La malade est examinée le 2-IX-I953 au Centre du langage, pour une hémiplégie droite avec aphasie, apparue brusquement en cours de grossesse, sans antécédents hypertensifs ou rhumatismaux.

Histoire de la maladie

Le début de l'histoire clinique remonte à Juin I949.

La malade, enceinte pour la Ière fois, fait, sans cause apparente, une fausse couche, au 7ème mois d'une grossesse bien supportée.

En I95I, 2 nouvelles fausses couches dans des conditions absolument identiques.

On ne retrouve pas d'étiologie évidente; la tension artérielle est normale, il n'y a pas d'incompatibilités sanguines (malade R H +), pas d'angiomes cutanés, le signe du lacet est négatif, l'équilibre hormonal, très légèrement perturbé (hyperfolliculinie).

On aurait, parait-il perçu d'une façon intermittente un rythme de DUROZIER. Quatre électrocardiogrammes pratiqués successivement, n'ont révélé aucune anomalie. A la radioscopie : arc moyen rectiligne, oreillette gauche légèrement saillante (?).

Dans les antécédents, on relève l'existence d'une chorée, à l'âge de 7 ans ayant duré I5 jours, sans atteinte articulaire, sans rechute.

Son médecin lui conseille une nouvelle grossesse surveillée avec un traitement hormonal (Lutogyl).

En Avril I953, au 3ème mois de cette 4ème grossesse, à la suite d'une contrariété (en cours de discussion avec un charbonnier qui aurait vendu un charbon incombustible) apparition brusque d'une aphasie suivie quelques secondes après, d'une hémiplégie droite. Hospitalisation à l'hôpital de BREST. Traitement immédiat par les anticoagulants.

Récupération progressive de l'hémiplégie.

Au point de vue aphasique, l'évolution immédiate fut la suivante :

Ier jour : Suppression totale du langage.
2è " " : I mot : non (en faisant oui de la tête).
3è " " : 2 mots : non et oui (non plus fréquemment).
4è " " : "Maman" (de façon non stéréotypée).

5è jour : Pas de changement.
6è " " : Je m'embête. Chameau. Jamais voir (pour : je n'ai jamais vu ça).
7è " " : "Comment vont ?" (La malade s'inquiète de son mari).
8è " " : "Bonjour maman - Charité".
9è " " : Comment cela est-il arrivé. Chéri.
IOè " " : "Je m'emmerde". La malade commence à terminer les phrases ébauchées par son interlocuteur.
IIè " " : Je veux m'en aller. Coucou. Chameau. Coquine. Veux-tu chez maman. Je m'emmerde.

Examen clinique

Marche, tonus, et force musculaire sont normales. Les réflexes ostéo-tendineux sont plus vifs à droite, au niveau des deux membres. Le cutané plantaire est en extention à droite.

Il existe une hypoesthésie au niveau de la main droite, la sensibilité profonde est perturbée à droite.

Au niveau des paires crâniennes, parésie faciale centrale droite, hypoacousie droite.

Pas d'hémianopsie.

F.O. - Normal.

ETUDE DE L'APHASIE - 2-9-I953

I - Expression verbale

- Parole spontanée : D'elle même, la malade ne dit pratiquement rien.
En dehors de quelques formules automatiques "Je sais pas, ça va, je peux pas". Par contre, elle termine la plupart des phrases commencées; le mode d'expression verbale, alors constaté est satisfaisant. On ne relève aucun trouble arthrique.
- Nom : après recherche, mise en tension, le verbalise spontanément - de façon subite, comme si le mot lui avait échappé.
Il en est de même pour la date de naissance.
- Profession : non (pour dire qu'elle n'en a pas).
- Activités journalières : par contre, à force de poser des questions, tout en ébauchant les réponses, la plupart du temps, on obtient de cette façon des mots-phrases.
Ainsi : Quelle est la profession de votre mari ?
- Beaucoup on amorce : gé ... et poursuit : nie maritime. - Il est sur un civiseur, dit sa mère.
La malade : si tu veux, sur le Jeanne d'Arc, que s'est-il passé. "Gouter" (pour Lunch).

- Séries automatiques : sont bien énoncées après amorçage.

- Répétition : des syllabes est correcte en partie.
2 erreurs : Re : je, Go : do.
Répétition des mots : possible jusqu'à crayon.
- Crayon : trayon.
- Sténotypie : chtopie.
- Bibliothèque : bupepethèque.
- Constitution : oh non !
Il faut noter le fait que, avant chaque répétition, la malade a besoin d'un certain temps de latence, de mise en tension.
Répétition de phrases : possible pour 4 mots seulement.

- Dénomination : est correcte.
L'ébauche orale est d'un très grand recours mais est peu nécessaire.
Les verbes sont décrits à la forme active mais sans pronom personnel.

- Description : est du stade énumération.
- La soupe, l'horloge, le pain, la chaise, le chien, un petit chat, la grand'mère, la pipe ... la pipe ... eh ... lo marmite ...

- Narration : Septembre, non ... sep ... oh ... je sais pas ... peut-être le soir ... mais Septembre ... eh non ... les feux ... la petite fille là ... brûler ... les mains ... et puis le pompier ... brûle aux mains.

- 2 mots en phrases : les pains pour cuire.
- Docteur-malade : les docteurs soignette.
- Matin-journal : le journal parler ... non ...
On ébauche par ... et la malade de poursuivre "paraît le matin".
Si l'on ébauche pas ainsi, la malade répète les 2 mots seulement.

- Explication de mots : impossible pour la plupart.
Les quelques explications obtenues sont de type agrammatique :
- Ecole : lire compter.
- Meurtre : pour tuer.

2 - Compréhension

- Désignation : est bien réussie.

- Ordres oraux simples : sont bien exécutés.

- 3 papiers simples : 2 ordres sur 3 sont exécutés.

- 3 papiers doubles : 4 sur 6. Le 3ème est omis.

- 3 commissions : sont bien réussies.

Epreuve de compréhension : aucune erreur.
La critique des histoires absurdes est bien réussie.
Il est parfois nécessaire de répéter plusieurs fois la consigne.
D'autre part, lorsqu'on parle vite, la malade ne saisit plus le sens de la conversation. Elle ne peut d'ailleurs, suivre une discussion.

3 - Lecture

- Syllabes-lettres : Quelques erreurs dans la désignation. La lecture à haute voix est pratiquement impossible.

- Mots : La désignation est correcte.
La lecture à haute voix est possible pour beaucoup de mots, ne présentant pas de difficultés particulières.
On remarque même que la présentation du mot écrit serait un moyen de facilitation assez efficace.
La correspondance des mots et images est bien réussie.
La lecture à haute voix et l'exécution des ordres écrits est bonne.
La correspondance des textes et images est faite sans aucune erreur.
De façon, l'incitation verbale, aux épreuves de lecture à haute voix est meilleure que dans le langage spontané.
Les amorçages sont quand même nécessaires, mais beaucoup moins répétés.

4 - Ecriture

En dehors de son nom, la malade ne transcrit rien.
Toute écriture dictée, spontanée est absolument impossible.
L'écriture copiée est correcte.

5 - Tests

- HEAD : la notion de schéma corporel est bonne.
La désignation des membres droits et gauches est également satisfaisante.
- Test main-oeil-oreille : Il est nécessaire de répéter plusieurs fois la consigne, 2 erreurs pourtant à la fin de l'épreuve d'ordre droite-gauche.
- Test de l'heure : Spontanément sont bien marquées de façon générale - 2 erreurs pourtant.
- 4 h moins 20 : 4 h moins 5.
- 3 h 25 : 3 h moins 20.

- Test des couleurs : La désignation est bien réussie - 2 hésitations, lors de la dénomination "vert".
- Rose : jaune, non ... rose.

- Test perceptivo-moteur : Figure complexe de REY : copie. Le résultat final est correct - (Ier percentile). Le mode d'appréhension de la figure n'est pas tout à fait satisfaisant (type IV).
Mémoire : la reproduction est très lacunaire.

- Echelle de WECHSLER : L'échelle verbale n'est pas cotable, vu le manque d'expression verbale spontanée.

CONCLUSION

La malade n'a pas de troubles arthriques très importants. On ne relève pas de qignes d'anarthrie paralytique ou dystonique.
Ce n'est pour la verbalisation de mots présentant des difficultés particulières qu'apparaissent des signes frustres de désintégration phonétique. L'apraxie bucco-faciale est très importante. Il est surprenant que, spontanément la malade ne parle pas. En dehors de quelques expressions automatiques, toute la verbalisation de ce sujet est comme inhibée et porte la marque de la difficulté de la mise en train. L'inhibition semble impossible à vaincre. Il n'y a qu'à considérer le temps de latence ou la mimique d'effort nécessaires à chaque fois que la malade doit parler. Il est d'ailleurs mieux de constater la dissociation existant entre le manque total de parole spontanée et la réussite constatée aux épreuves de dénomination. Les facilitations par ébauche orale, la présentation du mot ou de l'objet, tous ces artifices servent de stimulus et suscitent une réponse orale favorisant l'incitation verbale. Ces réponses sont réduites au minimum et rappellent tout à fait le mot-phrase. L'agrammatisme est parfois masqué par l'abondance des expressions automatiques, formuls d'échec, aussi abondants que les réponses agrammatiques propositionnelles.
Les troubles de l'écriture sont parallèles à ceux du langage oral. La dictée nécessite une verbalisation préalable ce qui, bien souvent, ne sert de rien, seuls les substantifs usuels sont transcrits. Quant à l'expression spontanée, elle est nulle.
Le trouble d'intégration des ensembles est assez important encore.
Une légère alexie littérale, discrète est cependant probable.
On ne relève aucun signe d'ordre apraxique.
L'efficience aux tests semble correspondre au niveau intellectuel antérieur de la malade.

OBSERVATION N° IO - BOU ... Germain - 62 ans

Examiné en I95I au Centre du langage pour aphasie.

Histoire de la maladie

Ce malade qui depuis quelques mois avait remarqué que sa main droite était froide et s'engourdissait la nuit, est frappé dans la nuit du I4 Mai I936 d'un ictus avec perte de connaissance. Trois heures plus tard il a repris connaissance. L'aphémie est absolue. Il existe une hémiplégie droite.

Hospitalisé à la Salpêtrière le 5 Décembre I936, on constate une hémiplégie droite spasmodique; la paralysie faciale centrale persiste; une hypoesthésie superficielle de la face quelques troubles du sens de position au membre supérieur, pas d'hémianopsie, il existe une atrophie optique gauche. On remarque des crises de fou-rire.

L'auscultation du coeur est normale, T.A. : I2-8 urée sanguine 0,35, sérologie sanguine négative.

Un nouvel ictus en Août I947 aggrave de façon transitoire le trouble moteur du membre inférieur, sans modification du langage.

Suivie régulièrement pendant I5 ans, l'hémiplégie n'a subi aucune modification : proportionnelle, spasmodique; l'asymétrie faciale est toujours notable; le côté paralysie participant de façon considérable à la mimique émotionnelle.

ETUDE DE L'APHASIE

Nous possédons l'examen du langage pratiqué en I936

I - Expression verbale

Aucune émission verbale, que ce soit pour dénommer, pour répéter spontanément, ou pour lire à haute voix. Cette aphémie va de pair avec une impossibilité de siffler et de tirer la langue.

2 - Compréhension

La désignation des objets est correcte.
Les ordres courts et simples sont exécutés.
Des problèmes arithmétiques extrèmement élémentaires sont exécutés (réponse écrite : I chiffre).

3 - Ecriture

- Copiée : est possible, avec transcription de l'imprimé en cursive.

- Dictée : est nulle.

La dénomination par écrit est nulle.

4 - Lecture

La lecture ne facilite pas l'émission orale.
Les ordres écrits simples sont exécutés.

EXAMEN EN I938

I - Expression verbale

Quelques émissions verbales sont apparues, très laborieuses : "il fait beau aujourd'hui" - "béret".

- Répétition : impossible sur commande.

- Dénomination : impossible sur commande.

Le chant facilite l'émission verbale.

2 - Compréhension

Excellente désignation.
Ordres oraux longs exécutés.
Lenteur dans des problèmes enfantins.
Echec des problèmes arithmétiques un peu plus difficiles.

3 - Lecture

Le malade lit les journaux et semble se souvenir d'évènements récents.
Les ordres écrits sont exécutés.

EXAMEN DU IO FEVRIER I95I

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Le malade ne parle pratiquement pas. Il dit oui et non et sais pas, de façon propositionnelle, ainsi que "teti" qui est, depuis I5 ans, son mot stéréotypé. Il est nécessaire, pour obtenir l'émission de "mots phrases", de lui poser des questions précises et répétées. L'émission phonétiquement est perturbée : le débit est pénible, syllabaire, hypertonique et comportant de nombreuses erreurs d'ordre articulatoire.
- Nom : Cher-main Pous-quet (pour Germain Bousquet).
- Adresse : pi ti ré.
- Date de naissance, profession, activités journalières : eh ... eh ... sais pas. (Essaie de s'exprimer par gestes).

- Séries automatiques : sont énoncées après amorçage.

- Répétition : Les voyelles sont bien répétées. Les syllabes également à part celles qui commencent par L. F. M.
Répétition des mots : la répétition en est possible mais avec de nombreuses erreurs phonétiques :
- Travail : cavail.
- Crayon : clallon.
notamment pour des groupes consonnantiques.
Répétition des phrases : impossible.

- Dénomination : Le malade arrive à dénommer quelques objets. Lorsqu'il achoppe : ah ... téti.

- Description : Consiste en une énumération de mots déformés.

- Narration : Agrammatique.
- L'écendie, un pompé, bulé, femme (ceci entrecoupé de nombreuses hésitations et "téti".

- Les mots en phrases : l'épreuve est impossible.

2 - Apraxie bucco-faciale

Les épreuves sont perturbées.
- Tire la langue : pour ouvrez la bouche et fermez les yeux.
- Imitation de bruit : (appel du chat) le malade souffle.
- Imitation bruit de désapprobation : le malade fait : te ... te ... te ...
- Claquez la langue : il prononce : ta ... ta ... ta ...
- Mettez la langue sur le menton : il essaie de prendre sa langue avec ses doigts.

3 - Compréhension

- Désignation : n'est pas perturbée.

- Ordres simples : sont bien exécutés.

- 3 commissions : sont

- 3 papiers simples : bien

- 3 papiers doubles : exécutés.

L'épreuve de compréhension est également parfaitement réussie.

4 - Lecture

La désignation des lettres et des syllabes est correcte.
Leur verbalisation est impossible.
La désignation des mots est également correcte, de même que leur correspondance avec les images.
L'exécution des ordres écrits est parfaite.
Les textes sur les actions correspondantes sont bien placés.
Les morceaux de textes sont également bien reconstitués.

5 - Ecriture

Il copie correctement et il peut transcrire l'écriture d'imprimerie en cursive.
Spontanément il écrit son nom, c'est tout.
Il dénomme certains objets très courants, sur dictée ou présentation d'images; il verbalise toujours au préalable, cette verbalisation est très déformée, mais ce qu'il aéécrit ne correspond pas exactement à ce qu'il dit. On voit apparaître dans le mot écrit un type particulier de déformation. Ex:
- Cadenas (présenté et dicté) verbalisé : canana, écrit : cassenait.
- Cigarettes : verbalisé correctement, écrit : ciglinnet.
- Fleurs : verbalisé : feurs, écrit : fleu.

Il n'écrit aucune phrase, aucun verbe.
La description est une énumération pleine d'erreurs : bien ballet (ballon), timbet (timbres), etc. ...

6 - Tests

- HEAD : Heures : sont bien marquées sur le cadran.
Leur verbalisation est impossible.
Couleurs : sont bien désignées et dénommées.
Test droite-gauche : schéma corporel n'est pas perturbé.
La désignation des membres droits et gauches ne l'est pas non plus.
Les mouvements sur commande orale sont bien exécutés.

- Figure de REY : Epreuve copie : type I IOOè percentile.
Mémoire : 50e percentile. La reproduction est bonne.

- GOLDSTEIN : Les deux groupements ont été faits spontanément. Le malade a le schifting.

- MATRIX : Le malade se place entre le 25e et le 50e percentile.

- Test d'orthographe de BONNARDEL : le malade a bbtenu la note 3.

CONCLUSIONS

Le malade n'a aucun trouble de compréhension, aucun de lecture, les résultats aux tests sont tous satisfaisants (test de HEAD, perceptif, pensée conceptuelle, efficience générale). Seul le test d'orthographe est très mauvais (mais quel était, dans ce domaine, le niveau antérieur de ce malade).
Par contre, il ne parle pratiquement pas, même les formules automatiques ne sont pas émises spontanément, mais volontairement, avec effort; seul le mot stéréotypé émerge sans effort particulier, à tout propos il est énoncé avec le ton approprié suivant les circonstances. C'est à force de questions qu'on obtient quelques mots phrases articulés avec grand mal et comportant de nombreuses erreurs.
Certains sont de type phonétique. On note des substitutions de syllabes à l'intérieur des mots qui rappellent celles des enfants. Ex. : Travail : cravail - Table : cable - Chapeau : papeau - Fenêtre : fetètre.
Mais d'autres semblent d'ordre tout à fait différent, le mot émis n'ayant aucun rapport avec le mot correct. Ces déformations nous font penser à celles que nous observons dans les jargons : Allumettes : allépète - Pharmacie : parci - Car : bobide - Pendule : bidi.
Nous retrouvons d'ailleurs ces erreurs dans le langage écrit. Fait remarquable, la déformation du mot écrit ne se superpose pas à la déformation orale.
Cette observation est donc le type même des grandes aphasies de BROCA pratiquement non régressives : au bout de I5 ans, le malade n'a pas dépassé le stade du mot stéréotypé.
On a pu lui arracher quelques noms d'objets très déformés, sans ébauche de verbes. Il ne les utilise pratiquement pas dans sa vie quotidienne. Il n'y a pas de langage automatique.
Par contre, lors de notre examen, il n'y a plus de trouble de compréhension orale ou écrite.
Il ne faudrait pas croire pourtant que ce malade ne présente qu'une anarthrie considérable.
Certes, on ne peut parler d'agrammatisme devant la pauvreté des émissions verbales.
On peut néanmoins remarquer l'inhibition de l'initiative verbale qui n'existe pas dans les séquelles anarthriques.
Et surtout, nous avons insisté sur les déformations de mot écrit qui sont à un niveau supérieur par rapport à l'anarthrie.

EXAMEN DU I9 MARS I954

I - Expression verbale

- Parole spontanée : L'anarthrie dystonique est importante, la mise en tension est particulièrement longue et l'achoppement tonique sur la première syllabe des mots est constant.
Le débit syllabaire est explosif.

- Ma femme porte (pour morte) à tétitéti e e la jambe à téti la tête à téti, tête marche tout, quel balheur (pour quel malheur) ... la santé ... quel balheur, papa 90 ans mort, peintre rien du tout, ma soeur Nancy, oui oui à téti téti.

On note la persistance du mot stéréotypé téti qui là devient une formule d'échec.

- Répétition : Le syndrome de désintégration phonétique est très important :
- Table : tabe.
- Crayon : cayron.
- Sténotypie : sédotypie.
- Bibliothèque : bipiotrtre.
- Constitution : consitution.

- Dénomination : est très bien réussie. L'ébauche orale n'est pas nécessaire, mais la désintégration phonétique persiste.

- Description : Grand'mère, grand'père fumer pipe, chat à téti la laine, cheminée, feu, à téti, téti.

2 - Compréhension

La compréhension est tout à fait correcte, ainsi que la lecture.

3 - Lecture

La lecture à haute voix est pratiquement impossible.

4 - Ecriture

Il n'y a pas de déformation de mots et le parallélisme du langage oral et écrit est rigoureux.
- La mairie, l'Hôtel du Grand Cerf, la pharmacie, l'horloger, boulangerie, gendarme, boucherie.

Le reste de l'examen ne comporte aucun changement avec le précédent.

ETUDE DE L'AGRAMMATISME - I5 MAI I956

Expression

Remplissage des lacunes d'un texte.

I - Substantifs et adjectifs.

Toutes les épreuves sont exécutées correctement et rapidement.

Ex : On prend le train à la gare.
Il fait froid en hiver, etc. ...

2 - Articles.

Deux réponses exactes. Aucune réponse pour les 3 autres phrases.

Je mange des bonbons.
J'ai pris ___ décision.
J'aime les gateaux.
J'ai cassé ___ pied de ___ lampe.
___ écoliers vont à ___ école.

3 - Verbes.

2 lacunes sont correctement remplies.

Tu joues aux cartes.
Il monte un escalier.

Aucune réponse pour les autres phrases.

4 - Pronoms.

Echec total. Une réponse inexacte. Pas de réponse dans les autres cas.

J'allons à la campagne.
J'espère que ___ réussiras ton examen.
L'enfant ___ j'ai donné une récompense, etc. ...

5 - Conjonctions.

La lacune est correctement remplie une seule fois.

Il faut que je parte.

Les autres lacunes ne sont pas remplies.

6 - Prépositions.

Une lacune est remplie, mais incorrectement.

Je travaille dans gagner ma vie.

Les autres ne sont pas remplies.

7 - Adverbes.

Pas une seule réponse.

Lorsqu'on demande au malade de compléter les lacunes d'un texte où manque successivement l'une des différentes parties du discours, les résultats sont identiques : les substantifs et les adjectifs sont immédiatement retrouvés, les pronoms, conjonctions, prépositions et adverbes presque jamais; les verbes occupent une position intermédiaire : retrouvés exactement (I fois conjugué, les autres fois employés à l'infinitif) ou remplacés par le substantif ou une interjection exprimant la même idée. (Ex : le joueur a marqué un but, les spectateurs ont bravo).

Conjugaison de verbes

L'échec est à peu près total. Le malade peut simplement donner la 2ème personne de l'indicatif présent lorsque la Ière lui est donnée.

Je mange - tu manges.
Je suis - tu es.

Une erreur pour le verbe avoir.

J'ai - tu ais - il ait.

Formation du pluriel des noms

Le malade ne commet aucune erreur pour les pluriels irréguliers :
- Cheval : chevaux - Vitrail : vitraux etc. ...
ou réguliers :
- Portail : portaux, puis : Non, non ! portails.

Compréhension

La compréhension des mots que le malade ne peut exprimer est bonne. La désignation et l'exécution d'ordres sous la dépendance d'un de ces mots sont correctes.

Cependant l'épreuve à choix multiple n'est pas toujours réussie. Si, le plus souvent le malade sait distinguer, entre deux phrases, celle qui est grammaticalement correcte, des erreurs sont cependant commises.

Ainsi les 2 phrases :

Le chien qui m'appartient.

et Le chien dont m'appartient.

sont jugées correctes.

Il en est de même pour :

Je travaille dans gagner ma vie.

Le malade reconnaît immédiatement l'absurdité d'une phrase lorsque cette absurdité est due à l'emploi inadéquat de la forme passive d'un verbe. Cependant, il commet des erreurs lorsque cette épreuve est compliquée de la forme interrogative. C'est ainsi qu'à la question :

Jusqu'à quel âge les parents sont-ils élévés par leurs enfants ? le malade répond : 20 ans.

OBSERVATION N° II - Mr. LAL ... Marcel - 48 ans

Malade admis dans le service pour hémiplégie droite avec aphasie, le I-VI-I953 (après avoir été examiné une première fois au Centre du Langage en Avril I952).

Histoire de la maladie

Le début des troubles remonte au début de l'année I95I : Fatigue générale intense, céphalées occipitales apparaissant le matin, sensations de doigt mort, mouches volantes.

Vers la fin de Juillet le malade ressent un malaise (qu'il ne précise pas davantage) et qui l'oblige à s'étendre.

Le II Août, il se réveille en pleine nuit et essaie de se lever. Sa femme note alors que tout son hémicorps droit est paralysé, et qu'il ne peut plus parler. Il ne peut en effet prononcer qu'un seul mot : "Alors".

La régression de ces troubles est extrèmement lente.

Le I2 Novembre I95I, une artériographie gauche pratiquée à la Pitié se révèle normale.

En Mai I952, crise convulsive généralisée, sans morsure de la langue ni perte des urines. Puis deux nouvelles crises identiques en Septembre I952 puis en Mai I953.

En Janvier I953, le malade subit une sympathectomie cervicale gauche qui serait suivie d'une légère régression de l'hémiplégie et de l'aphasie.

Examen clinique

On note du côté droit : une contracture prédominant sur les extenseurs au niveau du membre inférieur, et sur les fléchisseurs au niveau du membre supérieur. La marche se fait en fauchant.

La force musculaire est très diminuée au niveau des deux membres.

Les réflexes ostéo-tendineux sont exagérés. Le cutané plantaire est en extension.

Il existe une hypoesthésie à la piqûre au niveau du membre supérieur. La sensibilité profonde est normale.

Au niveau des paires craniennes : paralysie faciale centrale. Réflexe des voiles normal.

Pas d'hémianopsie.

T.A. I2-8.

Sénologie de la syphilis : négative.

F.O. - Papilles nettes, très légèrement décolorées.

Vaisseaux normaux. Pas d'hémorragies, ni d'exsudats, ni de lésions chorio-rétiniennes. Tension artérielle minime à 30.

E.E.G. du 27-XII-I952. Ondes lentes plus nombreuses en transverse antérieure.

ETUDE DE L'APHASIE - 20-4-I952

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Le malade a eu une suppression totale de son langage pendant 8 Jours. Il aurait eu 3 mots stéréotypés : "C'est merveilleux - c'est extraordinaire - merci ma femme". Il parle d'une voix très faible, plus ou moins nasonnée.
L'anarthrie paralytique est très importante et rend pratiquement inintelligible ce qu'il dit, en dehors de quelques formules spontanées.
Les consomnes sont de façon générale mal prononcées : ça m'énerve, ma femme, ma femme, madame c'est merci, mais non, c'est, c'est, c'est, je dis, je dis, sais pas.
Il dit merci, bonjour, au revoir.

- Séries automatiques :
- Jours : Lundi, Mercerdi, Mézédi, Zédi, Vendidi, Médi, Man, non.
- Mois : Jan-vier, Fé-ré, Masse, Avil, Mai, Nuin, Jou, Ma, Sétembre, No-vembe, Déembre.
- Compter : Le malade compte bien jusqu'à 20.

- Répétition : est très perturbée. Les troubles arthriques sont très importants. On note l'abondance des : t et d.
- Co : to - Va : pa - Ne : de.
Les syllabes commençant par un P sont bien répétées.
- Mots : Chien : tiense.
  Crayon : faizon.
  Assiette : sesai.
  Travail : sa femme.
  Sténotypie : sénosozie.
  Constitution : séfésivon.
- Phrases : La neige à PARIS : la neize à vivi.

- Dénomination : La plupart des objets ne sont pas dénommés, l'ébauche orale est nécessaire à leur évocation.
- Poule : oule.
- Chapeau : chameau.
- Assiette : nisette.
- Cendrier : cen-ci-é.
- Balance : masan.
- Clef : une ké.

- Description : Le stade est celui de l'énumération.
- Une marée (pour une mariée), un phophographe, une phononule (pour automobile), un zendarme (pour gendarme), les titenfants.

- Narration : Un, un, non, c'est nui, c'est mais non, non, c'est du, à la femme, sa femme chérie, ah, le, c'est, merveilleux.

- 2 mots en phrases :
- Explications de mots :
- Explications de proverbes :

sont

impossibles.

2 - Compréhension

La désignation est bien réussie.
Les ordres simples sont bien exécutés.
3 papiers simples : 2 sont réussis.
3 papiers doubles : 4/6 sont réussis.
3 commissions : I/3 est réalisée. Les 2 autres sont inversées.
Double et triple désignation : le malade désigne correctement 2 objets mais pas 3.
Epreuve de compréhension : est bien réussie. (avec présentation écrite des réponses).

3 - Lecture

La désignation des lettres, syllabes et mots est correcte.
La désignation des mots l'est également.
La correspondance des mots et images est faite sans erreurs.
L'exécution des ordres écrits est bien réussie.
3 textes sur 6 ont été bien placés sur les actions correspondantes.

4 - Ecriture

Ecriture spontanée : Je serai imbeille Edmond, effouard tracteur.

- Dictée des mots : possible pour certains (pendule - maison - café - hôpital ont été bien transcrits).

Pour la plupart, le malade ne peut y parvenir.

- Dictée des phrases : Je voudrais parler comme tout le monde : je suis serais par amprais.

La dictée des lettres et syllabes est impossible. Le malade ne transcrit rien.

5 - Tests

- HEAD : La notion de schéma corporel est correcte. La désignation des membres droits et gauches l'est également.
- Test main-oeil-oreille : Sur commande orale et sur imitation : de nombreuses erreurs d'ordre droite et gauche.
- Test de l'heure : est perturbée. On relève des inversions de la grande et de la petite aiguille, l'exécution d'une partie seulement de la consigne. Le chiffre des heures correspond en général, jamais celui des minutes.
- Test des couleurs : la désignation est bien réussie. L'efficience aux tests est diminuée.

EXAMEN DU I4 JANVIER I953

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Le malade semble moins inhibé mais sa voix est très nasonnée, on note peu d'amélioration de façon générale. Il est nécessaire d'amorcer la Ière syllabe du mot pour que le malade le termine.

- Séries automatiques : sont bien énoncées quant à la suite des mots.
L'articulation est toujours défectueuse.
Mots : on relève toujours des erreurs du même ordre.
- Chien : lien.
- Table : nabe.
- Crayon : trayon.
- Travail : tavail.

- Répétition : Quelques progrès au test de Descoeudres, à partir des séries de groupe consonnantiques, on relève encore un grand nombre d'erreurs phonétiques.

- Dénomination : Il est toujours nécessaire d'ébau-

- Description : cher oralement le nom à évoquer.

2 - Ecriture

L'écriture est toujours impossible spontanément, en dehors de quelques mots.

3 - Tests

- Stick-Test : est bien réussi.

- BENDER : le niveau de maturation perceptivo-motrice n'est pas très satisfaisant.

- Figure complexe de REY : copie : type de reproduction : type IV (juxtaposition de détails). Le résultat quantitatif est satisfaisant. Ier percentile.

- Echelle de WECHSLER : échelle performance : le quotient intellectuel est de 96.
La répartition des résultats est la suivante :
- Classement : 3.
- Complètement : 7.
- Cubes : 8.
- Assemblage : II.
- Code : 4.

CONCLUSION

CE malade n'a pratiquement aucun langage à sa disposition en dehors de quelques formules toutes faites. Des troubles arthriques sont très importants dans les épreuves de répétition et les quelques évocations spontanées du malade. On note la coexistence de signes de désintégration phonétique et d'anarthrie paralytique.
La compréhension est pratiquement intacte, sauf pour les ensembles d'une certaine longueur.
Il en est de même pour la lecture.
Le langage transcrit est très perturbé. Les déformations de mots et les erreurs de syntaxes sont très nombreuses.
L'efficience aux tests est normale.

EXAMEN DU 3 OCTOBRE I953

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Réveillé, habillé, à l'école, mon tafé au lait. J'ai rêvé Tour Eiffel pendant que ascenseur il est de un, 2.500 mètres.

L'anarthrie paralytique persiste, la voix est toujours nasonnée. Le mode d'expression verbale est toujours assez réduit.
- Des vacances, des petits, tromenade, à l'école, il fait, traceur, fatigué c'est embêtant, petit chat noir, campagne.

- Répétition : La répétition met en évidence des signes importants de désintégration phonétique.
- Crayon : payon.

- Travail : favail.
- Sténotypie : tépépétité.

La répétition des phrases est impossible.

- Dénomination : Encore quelques hésitations mais la plupart des mots sont bien évoqués.

- Description : Un petit garçon, une petite fille, la minée (pour la cheminée), le grand-père, la grand-mère, un tritot, un chien, un poste, un verre.

- 2 mots en phrases : toujours impossible.

2 - Compréhension

La compréhension a fait des progrès, il n'y a que pour des ordres très longs qu'il est nécessaire de répéter les consignes pour les ensembles particulièrement longs.

3 - Lecture

La désignation des lettres et des syllabes est encore légèrement perturbée.
Il n'y a pas d'alexie verbale, la compréhension des textes semble possible. La lecture à haute voix est encore difficile, seuls les substantifs sont verbalisés.

4 - Ecriture

- L'écriture est pauvre.

Le reste de l'examen est inchangé.

OBSERVATION N° I2 - Mme SOU ... Simone - 26 ans
Ménagère.

Histoire de la maladie

La malade met au monde le I5 Août I95I une fille normale, dans des conditions normales. 8 jours plus tard, elle est levée et a repris ses occupations domestiques. Au I5ème jour, sans aucun signe prémonitoire, sans aucune atteinte veineuse décelable, elle fait un ictus dans l'après-midi. Alors qu'elle faisait sa lessive, elle tombe sans connaissance. La perte de connaissance est brève, elle reste I5 jours sans dire un seul mot; les premiers mots prononcés sont "Simone" et "oui".

Une certaine régression de l'hémiplégie droite se dessine; au bout de deux mois la malade commence à marcher.

Examen clinique

Au mambre inférieur droit, le déficit moteur est peu important, localisé à l'extrémité; la contracture en extension est très marquée, le pied en équerre ne peut être redressé. Les réflexes sont polycinétiques, avec clonus du pied. Le cutané plantaire est en extension. Toutes les autres manoeuvres sont également positives.

Le membre supérieur droit est contracturé en flexion avec griffe des doigts, seuls les mouvements volontaires de la racine sont possibles. Les réflexes sont exagérés.

La paralysie faciale ne donne pas une très importante asymétrie au repos; elle est évidente dans la mimique spontanée, particulièrement au niveau des lèvres.

Il existe une hypoesthésie à droite; quelques erreurs de l'orteil de ce côté, une astéréognosie, une inégalité subjective dans la perception du coton à la face; les cornéens sont symétriques. Les troubles vaso-moteurs erythrose et refroidissement sont nets au niveau du pied droit.

Les réflexes sont exagérés à gauche; syncinésie globale du côté droit lors des mouvements volontaires gauches.

Pas d'hémianopsie. Réflexe du voile aboli.

Le coeur est normal, la T.A. à I2-7 mais au cours de l'observation, nous la voyons irrégulière atteindre parfois I9-I3 ou I7-II.

La sérologie de la syphilis est négative.

L'artériographie carotidienne gauche montre l'absence presque totale d'injection du paquet sylvien; seuls persistent quelques vaisseaux grêles; les branches se rendant à la région temporale postérieure manquent presque complètement (cet examen est suivi d'une nette amélioration de l'initiative verbale de la malade).

L'encéphalographie gazeuse montre une dilatation ventriculaire bien plus importante au niveau du ventricule gauche, il y a de ce côté une importante quantité d'air à la périphérie.

L'ensemble ainsi réalisé évoque une lésion hémisphérique gauche étendue, à la fois superficielle et profonde.

ETUDE DE L'APHASIE

I - Expression verbale

- Parole spontanée : La malade ne dit rien d'elle même. Pourtant, si on lui pose une question impérative, elle y répond par un seul mot après un certain temps de recherche.
Le ton est monotone, la voix basse, l'articulation faible. Son faciès est peu expressif, plus ou moins atone, elle fait peu d'efforts pour se faire comprendre, même gestuellement.
- Nom : oh ... oh ... imone GIRON.
- Adresse : oh ...
- Profession : oh ...
- Divers : Vous êtes mariée ? : oui.
- Avez-vous des enfants : la malade montre I avec un doigt.
- Quel âge : 6 mois.
- Comment s'appelle-t-elle : Cizèle.
- Depuis quand êtes-vous malade : oui ... san ... couche ... 6 mois jsais pas.

- Séries automatiques :
- Jours : Lundi ... Mardi ... Mekedi ... Lundi. (Après amorçage).
- Mois : oh ...
- Compter : oh ... oh ... oh ...

- Répétition : des syllabes, possible pour certaines (mu, ba, co, re, vi, su, te, pu, sont bien répétées). On note des erreurs pour :
- Le : é - Bi : ni - Go : do - Fo : o - Ne : de.
Le test d'articulation de DESCOEUDRES est réussi en partie. On relève pourtant à l'échelle du mot isolé quelques signes de désintégration phonétique.
- Jupe : zupe - Ligne : ni - Chiffre : siffre - Exploit : ecport.

- Suite de phonèmes à répéter : Mirer : pirer - Chauffes-tu : tauffes-tu - Chauffe-ça : sauffe ça - Spirale : pirale - Chauffes-en : sauffes-en.
- Mots : est correcte jusqu'à sténotypie.
- Sténotypie : sténo ... stipie - Bibliothèque : bio blo tèque - Constitution : tution - Existentialisme : stan ah ... - Anticonstitutionnellement : elle ... ment oh la la.
- Phrases : la neige à Paris : la neige Paris.

- Apraxie bucco-faciale : ne gonfle pas les joues : étire la bouche - elle ne siffle pas : elle souffle. Sifflez : elle gonfle les joues sans résultat. Les autres gestes sont bien réussis.

- Dénomination : est bien réussie, avec troubles de désintégration phonétique.

- Description : petite fille ... une dame ... monsieur ... monsieur ... monsieur ... taxi ... petite fille ... gendarme ... chien ... une dame ... une noce ...

- Narration : La malade ne raconte rien en dépit des questions répétées qui lui sont posées.

- Les définitions de mots : On n'obtient également
- Les 2 mots en phrases : aucune réponse en
- Explications de proverbes : dehors de "oh, oh".

2 - Compréhension

- Désignation : est correcte.

- Ordres simples : sont bien exécutés.

- 3 papiers simples : sont bien réussis.

- Ordres doubles : 3/6 seulement.

- 3 commissions : 2/3 sont exécutées.

- Epreuve de compréhension : on relève des erreurs - 8 erreurs sur 20 questions posées.

3 - Lecture

La désignation des lettres, des syllabes ainsi que leur dénomination sont très perturbées. La malade ne lit pratiquement aucune lettre. La désignation des mots est correcte.

La correspondance des mots et des images n'est pas tout à fait bonne (4/9 seulement ont été bien placés). La lecture des mots est possible pour certains seulement.
L'exécution des ordres écrits est impossible. La malade ne fait rien. Elle ne lit aucune phrase à haute voix.
Textes sur actions correspondantes : I/6 est bien placé seulement.

4 - Ecriture

- Copiée : impossible. La malade fait un vague petit graphisme dépourvu de sens.

- Spontanée et dictée : il en est de même. Elle ne transcrit rien, pas même une lettre.

5 - Tests

- HEAD : Le schéma corporel est bien réussi.
La désignation des membres droits et gauches est perturbée.
- Test droite-gauche : sur imitation est également perturbée, ainsi que sur commande orale (erreur d'orodre droite-gauche et confusion oeil-oreille).
- Test de l'heure : En général la moitié de la consigne est correctement exécutée. Le chiffre des minutes est rarement marqué. On note des inversions petite et grande aiguille.
- Test des couleurs : la désignation est correcte.
A la dénomination : les blei, jeune vert et violet sont dénommés violet.

- Test de couleur forme de GOLDSTEIN : un seul groupement spontané. L'autre n'a été effectué que sur démonstration. Pas de shifting ensuite.

- Stick-test : est très mauvais. Certaines reproduction sont très loin des modèles. Le nombre des bâtonnets ne correspond pas à celui qui figure dans le modèle. On relève beaucoup d'inversions droite-gauche.

- Test perceptivo-moteur BENDER : Le niveau de maturation perceptive des figures est 5 ans. La structuration des figures est très insuffisante. Le graphisme est très maladroit.

- Figure complexe de REY : Le cadre est représenté bien que la reproduction des détails figurant à l'intérieur de la figure soit très mauvaise et quant à leur localisation et quant à leur reproduction.
La malade se place dans le dernier percentile.

Mémoire : reproduction très lacunaire. Le score total obtenu est 4.

- Echelle performance de WECHSLER-BELLEVUE : Le quotient intellectuel obtenu est : 42x. L'efficience est pratiquement nulle.
Voici la dispersion des résultats :
- Classement : 3.
- Complètement : 0.
- Cubes : I.
- Assemblage : 0.
- Code : 4.

- Test d'orthographe de BONNARDEL : est impraticable.

RESUME

Inhibition de l'expression tant orale qu'écrite.
Désintégration phonétique.
Anarthrie de type paralytique.
Quelques signes d'agrammatisme, écriture nulle.
Troubles de compréhension pour des ensembles peu importants.
Compréhension de la lecture quasi-nulle.
Cette observation montre comment le facteur inhibition augmente la gravité apparente d'un trouble de langage; celui-ci est néanmoins important, associant anarthrie, agrammatisme; le trouble d'expression proprement aphasique est difficile à apprécier.
Le niveau mental antérieur est un obstacle à la rééducation, la malade se juge satisfaite des possibilités verbales qu'elle a retrouvées.

EXAMEN DE FEVRIER I954

I - Expression verbale

- Coucher, me promener, je mange, enfant, une petite fille Yvette, école, travailler, sage. Mon mari, travailler.

- Répétition : n'est perturbée que pour les groupes consonnantiques.

- Description : est tout à fait énumérative.

L'anarthrie paralytique persiste.
Il est toujours nécessaire de poser des questions sans quoi la malade ne parle jamais. L'écriture est toujours impossible.
On ne note pratiquement aucun changement avec l'examen précédent.

OBSERVATION N° I3 - Mr. KER ... Ismaël - 43 ans

Le malade est envoyé dans le service, en Janvier I956, pour hémiplégie droite et aphasie.

Histoire de la maladie

L'accident initial remonte au mois d'Avril I953. Le malade, installé depuis I an à MONTEVIDEO fait un important infarctus du myocarde. En même temps, s'installe brusquement, mais, sans perte de connaissance une hémiplégie droite globale avec aphasie importante.

En I954, une légère récupération de son hémiplégie lui permettant de recommencer à marcher, une chute malencontreuse provoque une fracture du col du fémur droit qui consolide bien après une longue immobilisation.

Depuis cette date l'hémiplégie a très peu régressé, l'aphasie s'est améliorée.

Depuis le début de Janvier I956, il a présenté 3 crises convulsives, débutant à la main droite et restant localisées au membre supérieur.

Examen clinique

La marche est presque impossible (le malade doit être aidé).
Du côté droit on note :
Une suppression totale des mouvements au niveau du membre supérieur, quelques mouvements très limités au niveau du membre inférieur.
Une hypertonie et une atrophie, particulièrement nette au niveau de l'éminence thémar.
Une exagération des réflexes ostéotendineux avec cutané plantaire en extension.
Une hypoesthésie plus nette au niveau du membre supérieur.
Pas de troubles de la sensibilité profonde.
Au niveau des paires craniennes :
Paralysie faciale centrale droite assez discrète.
Hypoesthésie cornéenne et abolition du réflexe cornéen à droite.
Réflexe du voile normal.
Hémianopsie latérale homonyme droite.

E.E.G. - Tracé très altéré montrant des signes importants et étendus de souffrance hémisphérique gauche et des signes d'activité paroxystiques en foyer de la région temporo-pariétale.

ETUDE DE L'APHASIE - IO-I-I956

I - Expression verbale

- Parole spontanée : le malade parle peu, il est très inhibé, il est nécessaire de lui poser de multiples questions, il y répond par des mots-phrases, aucun verbe n'est utilisé même à la forme infinitive, si ce n'est dans les formules automatiques.
L'exagération des mouvements bucco-faciaux est très importante, la voix est mal timbrée.

- Séries automatiques : sont bien énumérées mais avec troubles phonétiques.

- Répétition : Syllabes simples : correctes. Groupes consonnantiques : nombreuses assimilations, élisions et substitutions. Mots : débit syllabaire, assourdissement de toutes les consonnes sonores et syndrome de désintégration phonétique important.

- Dénomination : possible pour tous les mots usuels, sans aucune hésitation, et sans qu'il soit besoin de faciliter le malade.

- Description : consiste en une énumération comparable à la dénomination. Il faut noter que les articles sont verbalisés.

- 2 mots en phrases : impossible.

- Définition de mots : possible par l'usage pour les premiers de la série.

2 - Compréhension

Toutes les épreuves sont réussies.

3 - Lecture

Aucune anomalie au stade littéral et verbal.
Stade syllabaire : quelques erreurs dans la désignation.
Compréhension des textes : semble normale, mais est lacunaire.
Les mots invariables, les auxiliaires sont mal compris.
La lecture à haute voix des substantifs est correcte, alors que celle des verbes est impossible, la plupart sont verbalisés à l'infinitif.
Pour : Depuis 8 jours, il y a une nouvelle petite soeur à la chaumine. Elle s'appelle Monique. Elle est toute mignonne et toute rouge. Elle crie drolement - le malade a lu : Nouvelle petite soeur chaumière s'appelle Monique, rouge, crier, drôlement.

4 - Ecriture

- Copiée : correcte.

- Dictée - Spontanée : complètement agrammatique. Beaucoup de mots sont déformés, certains jargonnés.

Les lettres et les syllabes sont également perturbées.

5 - Apraxie

Gestes transitifs, intransitifs, idéo-moteurs : aucun erreur.
Apraxie bucco-faciale : toutes les épreuves sont réussies.

6 - Tests

- HEAD : Test de l'heurs, test main-oeil-oreille, test des couleurs : aucune anomalie.
Tests perceptivo-moteurs : sont tous très correctement réussis.

- Echelle de WECHSLER-BELLEVUE : Quotient intellectuel performance :
Aucun déficit n'a été constaté.
L'efficience du malade semble correspondre à ce qu'elle devait être antérieurement.

RESUME

Ce malade est agrammatique.
Le syndrome de désintégration phonétique est important, ainsi que l'anarthrie dystonique.
La réduction du langage spontané, en dépit de la réussite totale à l'épreuve de dénomination évoque une inhibition importante.
La lecture à haute voix et le langage transcrit sont également totalement agrammatiques.
Il n'y a ni alexie, ni agnosie, ni troubles de compréhension.
L'efficience aux tests est normale, elle ne met en évidence aucun déficit ni d'ordre particulier, ni d'ordre intellectuel.

ETUDE DE L'AGRAMMATISME

Expression

Remplissage des lacunes d'un texte.

I - Substantifs et adjectifs

Toutes les épreuves sont exécutées correctement et rapidement.

Ex : Les malades sont soigné à l'hôpital, etc. ...

2 - Articles

L'épreuve est à moitié réussie : 4 lacunes sont correctement remplies. Une est d'abord incorrectement remplie, puis correctement, après une assez longue réflexion. Deux échecs complets.

J'ai un vélo.
J'ai un voiture. Puis, correction: une voiture.
Je mange les bonbons.
J'ai cassé ___ pied de la lampe.
___ écoliers vont à l'école.

3 - Verbes

Une lacune correctement remplie.

Il monte un escalier.

Une lacune remplie approximativement, mais correctement.

Tu bridges aux cartes.

Une remplie avec un verbe correct, mais employé à l'infinitif.

Nous dessiner avec un crayon.

Deux lacunes non remplies.

Je ___ par le train.
Nous ___ en vacances.

4 - Pronoms

Une lacune correctement remplie immédiatement.

Il mange des prunes.

Une lacune correctement remplie après correction.

J'espère que il réussiras ton examen : puis que tu.

Echec pour les autres phrases, en particulier pour tous les pronoms relatifs.

5 - Conjonctions

Aucune réponse.

6 - Prépositions

Deux lacunes correctement remplies.

Je vais de Paris à Marseille.

Echec pour toutes les autres phrases, par exemple :

Noël est ___ hiver.

7 - Adverbes

Une lacune correctement remplie.

Un vélo marche plus lentement qu'une voiture

Echec pour toutes les autres phrases.

Conjugaison de verbes

Le malade doit être stimulé. Si la première personne lui est donnée, il peut conjuguer les verbes réguliers à l'indicatif présent. Echec total pour les verbes être et avoir.

Formation du pluriel des noms

Les pluriels irréguliers ou réguliers sont toujours formés correctement.

Compréhension

La compréhension des mots que le malade ne peut exprimer est bonne. La désignation et l'exécution d'ordres sous la dépendance de ces mots est correcte.

L'épreuve à choix multiple est bien réussie et le malade ne se trompe jamais dans le choix de la phrase grammaticalement correcte.

Le malade reconnaît immédiatement l'absurdité d'une phrase lorsque cette absurdité est due à l'emploi inadéquat de la forme passive d'un verbe.

Pourtant, malgré la réussite de toutes ces épreuves, il est évident que la compréhension de tous les "petits outils" du langage, employés isolément n'est pas parfaite. Par exemple, le malade montre par sa mimique qu'il ne comprend pas la signification des adverbes : toujours et jamais.

OBSERVATION N° I4 - Dr. de V ... Marc - 72 ans

Le malade est vu pour la Ière fois dans le service en Mars I953, pour hémiplégie droite et aphasie.

Histoire de la maladie

C'est le 20 Décembre I952 que survient le Ier trouble : parésie du pouce droit régressant en 4 jours.

Deux mois plus tard, réapparition du même symptome et le Ier Mars I953 s'installe une monoplégie maxima au niveau de la main, avec déjà, une très discrète asymétrie faciale.

Le 8 Mars, apparaît une dysarthrie aggravée par la fatigue et les émotions.

Le I8 Mars, à la suite d'un malaise, s'installe une anarthrie à peu près totale et une paralysie faciale droite de type central.

Le 22 Mars, on note une parésie du membre inférieur droit, et d'importants troubles de la compréhension.

Il existe une notion de syphilis très ancienne, traitée correctement, avec sérologie actuellement négative. On traite le malade par cyanure plus péniciline.

La T.A. est à I2-6. Elle était à I8-IO avant les accidents successifs.

Depuis, l'hémiplégie s'est légèrement améliorée.

Examen clinique (I7 Mars I955).

La marche est possible. Elle se fait avec le membre supérieur droit en hyperflexion et pronation (Hypertonie importante).

La force musculaire est normale aux membres inférieurs diminuée à l'extrémité distale du membre supérieur droit.

Les réflexes achilléens sont symétriques.

Le rotulien droit est vif, le gauche est aboli.

Hyperreflectivité ostéo-tendineuse au M.S.D.

Le cutané plantaire est en extension à droite, indifférent à gauche.

La sensibilité superficielle et profonde est abolie au membre supérieur droit, normale ailleurs.

Au niveau des paires craniennes : paralysie faciale droite de type central, paralysie de l'hémivoile droit et abolition du réflexe nauséeux.

Mobilité oculaire et réflexes pupillaires : normaux.

Pas d'hémianopsie.

Examen cardio-vasulaire : Aortite probable.

T.A. I7 - IO

E.E.G. - Tracé altéré montrant des signes très importants et très étendus de souffrance hémisphérique gauche, sans foyer précis.

ETUDE DE L'APHASIE - 7-IV-I953

I - Expression verbale

- Parole spontanée : En dehors de : oui - ah ! - nana - tétété - séréché - merché - metché - oui oui oui, et de quelques lettres que le malade épelle sans raison : a - p - s - n - p, le malade ne peut rien dire. Les efforts sont multiples pourtant, les mouvements bucco-faciaux sont démesurés et l'on note une certaine tension musculaire labiale.

- Séries automatiques :
- Jours : Mado - Monchel - Machin - Marchand - Marché - merché.
- Mois : Féché - Aféché - Maché - non non.
- Compter : Le malade en est incapable : a chéché chaché chi ché.

- Répétitions :
- Syllabes : ba - re - te, ont été correctement répétées. De façon générale ce sont les pi et les ti qui sont émis quelle que soit la syllabe proposée.
- Mots : leur répétition est erronée, on retrouve le même phonème que ceux du langage spontané :
- Table : paché achmé tadada.
- Assiette : aché.
- Crayon : tchéré tréron réron.
- Chien : chin ché ché chin.
Il y a donc parfois une certaine approximation possible.
- Phrases :
- La neige à Paris : ché à Paris.
- Il a neigé dimanche abondamment : manman ché man.

- Dénomination : le malade ne dénomme rien, il dit : oui, oui, oui, quel que soit l'objet présenté.

- Description : Oui, oui, marché, marché, oui, oui, non, non, non, oui, parché, parché, parché, oh, oui.

2 - Compréhension

- Désignation : La désignation est perturbée : montre le buvard pour la chaise, la clef pour le crayon. La plupart du temps le malade s'abstient faisant comprendre qu'il n'a rien saisi à ce qu'on lui a demandé.

- Exécution d'ordres simples : est nulle.
Pourtant le malade par oui ou non répond de façon adaptée aux questions qui le concernent.

3 - Lecture

Aucune épreuve n'est réussie pas même la correspondance des mots et des images.

4 - Ecriture

En dehors de son nom le malade ne transcrit rien.

5 - Apraxie

Gestes transitifs et intransitifs : non perturbés.
Gestes idéo-moteurs : deux erreurs.
- signe de croix : le malade porte sa main sur l'épaule gauche, puis sur la tête et sur la poitrine.
- pour le pied de nez : il porte le pouce et l'index l'un contre l'autre, ceci sur imitation.

- Apraxie bucco-faciale : pour plisser le front il cligne de l'oeil. Claquer la langue : il fait tatata. Imitation du bruit appel du chat : il dit ché ché ché, et pour siffler, il souffle.

6 - Tests

- HEAD :
Test main-oeil-oreille : impraticable étant donné le trouble de compréhension du malade.

- Figure complexe de Rey : le mode d'appréhension de la figure est le type IV, mais la reproduction est correcte et le malade se classe dans le Ier percentile.

- BENDER : le niveau de maturation perceptive est satisfaisant.

- Stick-test : les figures n'ont été reproduites qu'en plaçant les morceaux de bois sur le modèle même.

- Test couleur-forme : après démonstrations successives le malade termine un groupement amorcé en mélangeant les deux formes d'assortiment forme et couleurs, seul il n'a effectué que des groupements au hasard.

- Echelle de WECHSLER performance : IIO.

RESUME

Spontanément, en dehors de quelques phonèmes dépourvus de sens le malade ne dit pratiquement rien, sur répétition pourtant on obtient en ce qui concerne les syllabes la possibilité de redire quelques unes en ce qui concerne les mots l'émission de mots mal articulés mais parfois étant plus ou moins approximatifs. On note une anarthrie de type dystonique, le malade n'est d'ailleurs pas logorrhéique, il parle avec effort sans résultat. On relève quelques signes d'apraxie bucco-faciale et une légère apraxie idéo-motrice, la compréhension est très perturbée et semble pratiquement abolie sauf lorsqu'il s'agit de comprendre des propos qui concernent de très près le malade.
La lecture et l'écriture sont également totalement supprimées.
L'efficience aux tests est nulle.

EXAMEN DU I8 JUIN I953

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Le malade dit : merci - oui - non, de façon volontaire.
Son nom est bien verbalisé.
Adresse : ré an sin ransime de mesine (pour Rue de Médicis).
Divers : a a non non - je m'habille - six mois - eu eu - bisin mimi pi sin pi ah non.

- Séries automatiques : Lundi - Mari - Mertre - Mertredi - Jeudi - Tindi - Venredi - Mertredi - Samedi.

- Répétition :
- Syllabes : la plupart sont correctement répétées, les erreurs constatées sont de type désintégration phonétique : vi, fi.
- Mots :
- Table : tane.
- Assiette : atienne.
- Souffle : fou.
- Café : faté.

- Carafe : rarafe.
- Cube : pube.

Le débit est syllabaire, et l'anarthrie distonique persiste.

- Dénomination : L'ébauche orale est un moyen de facilitation très efficace, le dénominatif qui est alors prononcé comporte toujours des déformations phonétiques.

- Description : semblable à la dénomination. Il s'agit d'une énumération du même type provoqué par une suite d'ébauche orale.

2 - Compréhension

La compréhension est toujours aussi perturbée.
Il semble juste que quelques ordres un à un soient compris ceci de façon inconstante d'ailleurs.

3 - Lecture

L'épreuve des mots et des images correspondantes est bien réussie.
On relève encore des erreurs au stade littéral, syllabaire, la correspondance des tests et des actions est encore effectuée avec des erreurs.

4 - Ecriture

Le malade se refuse toujours a transcrire quoique ce soit.

RESUME

Quelques phonèmes dépourvus de sens persistent dans le langage spontané, mais ceci de façon beaucoup moins prolixe. Il commence à émerger quelques mots reconnaissables mais la plupart du temps en dépit des efforts répétés le malade achoppe.
Les séries automatiques sont verbalisées, non plus de façon erronée mais approximative. Les erreurs constatées sont de type désintégration phonétique. On les retrouve dans les épreuves de répétition et de dénomination qui sont en net progrès.
La compréhension est toujours aussi perturbée, ainsi que la lecture et l'écriture.

EXAMEN DU I2 FEVRIER I956

Après près de 3 ans de rééducation

I - Expression verbale

- Parole spontanée : Elle est devenue agrammatique.
Je s'écrit ... Je dîner ... Je dîne ... un livre ... Lire ... Je sais lire ... Armoire ... Ma montre.

La neige ... le temps : Fait pas chaud ... Rue Médicis (c'est l'adresse du malade) ... Je fais ...

- Dénomination : Correcte.

- Répétition : le syndrôme de désintégration phonétique est toujours aussi important.
L'anarthrie dystonique est très marquée.

- Description de la veillée : Elle est énumérative.
- Les pots ... Sansel (pour chandelle) ... La lampe le pot ... poids, jambon. Elle tricote drand-mère. La chaise ... chaise ... Chenêts ... Chandelle ... la pépe ... poteler la soupe (pour porter la soupe). Du pain ... assiettes ... Table ... Des quilles ... Le chat ... des quilles ... Jouer ... un chien ... Table ...

2 - Compréhension

La compréhension est légèrement améliorée, mais toujours très perturbée.

3 - Lecture

L'épreuve des mots et des images correspondantes est bien réussie.
- Lecture à haute voix : "La petite fille apprit à les connaître. Elle reconnaissait l'oiseau à son chant. C'était une enfant des bois" est lu : "Une petite foide avait la sc ... Il frait un connait sur l'oise et un saut. C'est une enfant du bois".

4 - Ecriture

Pas de changement.

RESUME

Des phonèmes dépourvus de sens persistent dans le langage spontané. Les mots reconnaissables qui ont émergés, sont employés de manière agrammatique. Le style est énumératif. On retrouve quelques verbes employés généralement à l'infinitif.

OBSERVATION N° I5 - Mme DUF .... Marguerite - 43 ans

La malade est consultée au Centre du Langage pour hémiplégie droite avec aphasie et crises convulsives.

Histoire de la maladie.

A plusieurs reprises (I946 - I948 - I950) la malade semble avoir présenté des épisodes transitoires de suppression du langage, avec sensations subjectives anormales du côté droit, mais sans phénomènes moteurs. Ces accidents ont eu une durée de quelques minutes.

En Décembre I953, alors qu'elle était enceinte de 6 semaines, la malade fait un ictus avec hémiplégie droite massive et aphasie importante. Elle entre dans le coma plusieurs heures après le début de l'accident et y demeure plusieurs jours. Elle fait une fausse couche plusieurs jours après. La T.A. est à I9-I2 .

Depuis lors, l'hémiplégie a progressivement régressé ainsi que l'éphasie, car la suppression du langage fut d'abord totale.

Depuis Avril I954 sont apparues quelques crises convulsives à début bracchial droit, se généralisant secondairement, avec perte de connaissance.

Examen clinique (25 Novembre I955)

La marche presque normale, se fait en fauchant légèrement.

On note du côté droit :

Un tenus normal, un déficit moteur léger aux membres inférieurs, plus important aux membres supérieurs avec maximum distal, une exagération des réflexes ostéo-tendineux, aux membres supérieurs, un cutané plantaire indifférent, une hypoesthésie au niveau de tout l'hémicorps et des troubles grossiers de la sensibilité profonde.

Au niveau des paires craniennes :

- Paralysie faciale droite de type central.
- Perte du réflexe nauséeux, mais le voile se contracte bien spontanément.
- Pas d'hémianopsie.

E.E.G. (I8 Janvier I955)

Tracé altérémontrant la persistance de signes modérés de souffrance temporo-pariétal gauche et de signes d'accidents paroxystiques s'exprimant sur l'ensemble de la région temporale.

Le II Mai I955, on retrouve ces mêmes signes sous forme de pointe-ondes isolés, localisés à la région temporale gauche avec un maximum temporal postérieur.

ETUDE de l'APHASIE

I - Expression Verbale

- Parole spontanée : assez prolixe, le ton est expressif, mais l'agrammatisme radical.
  " Travailler : quand travailler un peu, moi une crise, Monsieur MARTEAU dit; au lit".
  Avez-vous des enfants ?
  "3, travaillent dur, la petite à l'école IO ans I/2 Nicole, sa mère trop de coeur, c'est toujours les nerfs moi, tout ça les yeux, un rien moi très bien, un rien moi très mal".

- Répétition : Les mots simples sont bien prononcés, quelques erreurs encore de type phonétique concernant les groupes consonantiques.

- Description : couvert - manger - grand-mère - soupe - jambon.

- Deux mots en phrases : impossibles, répète les deux mots.

2 - Compréhension

Toutes les preuves sont réussies, aucune perturbation n'a été mise en évidence.

3 - Lecture

La désignation des lettres, des syllabes et des mots est correcte. La correspondance des mots et des images, des textes et actions est correcte.

La lecture à haute voix est complètement agrammatique.
Pour : Le vieux laboureur travaillait lentement en silence sans effort inutile : "Un vieux pour la terre travaillait en silence, ses efforts ditutiles".
A midi Pierrot, Fauvette et Papa viennent pour déjeuner, ils mettent le couvert : " Midi, Pierrot, Fauvette, Papa, venir déjeuner, mettre le couvert "?

4 - Ecriture

Il est difficile de tenir compte des résultats, la malade n'ayant jamais su écrire.

5 - Tests

Tous les tests de Read sont réussis.
Tests perceptivo-moteurs : on retrouve les mêmes difficultés pour interpréter les résultats qu'aux épreuves d'écriture.
Stick-test : parfait réussi.
Echelle de "echsler-Bellevue : le quotient intellectuel est de :

6 - Apraxie

Gestes transitifs, intransitifs : aucune erreur.
Gestes idéo-moteurs : sont tous réussis.
Apraxie bucco-faciale : seul le geste de claquer la langue fut impossible.

7 - RESUME

Cette malade est complètement agrammatique : aucun verbe n'est employé à la forme active, mais tous à la forme infitive, quelques articles figurent, mais beaucoup font défaut Il n'y a aucun adverbe, aucune préposition, peu d'adjectifs.

La malade cependant parle volontiers et les troubles phonétiques sont peu importants.

Pas d'anarthrie dystonique, pas d'anarthrie paralytique, quelques signes de désintégration phonétique sont seulement mis en évidence lors de la répétition de quelques groupes consonantiques.

Le vocabulaire parait cependant aux épreuves de dénomination et de description, récupérer pour les mots usuels. C'est la forme grammaticale de l'idée qui fait complètement défaut.

La compréhension est absolument normale.

Il n'y a pas d'alexie, pas d'agnosie, pas d'apraxie.

En ce qui concerne la lecture à haute voix, elle est aussi rigoureusement agrammatique que le langage oral du malade.

L'efficience à l'échelle performance parait correspondre au niveau anter.

OBSERVATION N° I6 - Mr. SAU... René - 39 ans
Radiotechnicien.

Histoire de la Maladie

Le I9 Janvier I950, le malade a une épistaxie abondante et alarmante. On décide une ligature de la carotide externe gauche. La carotide interne est ligaturée par erreur. Une transfusion de 500 g. entraine un choc. Trois heures après la ligature le malade tombe dans le coma avec une hémiplégie droite. On tente de faire sauter la ligature. Le coma dure 48 heures ; lorsqu'il reprend conscience, le malade ne prononce pas un mot.

Le I2 Février il exécute quelques mouvements volontaires avec le membre inférieur droit. Il marche pour la première fois le I7.

A la fin de Mars, quelques mouvements sont possibles avec les membres supérieurs.

Dès le 28 Janvier, le malade dit "merdre". Ce mot va faire office de mot stéréotypé, apparaissant chaque fois que le malade s'énerve, chaque fois qu'il veut parler, il le répète 3 ou 4 fois de suite. Bientôt s'y ajoute "oui". Il faut noter qu'avant l'aphasie ce malade était très bien élevé et ne prononçait que rarement des jurons. On remarque également qu'un mois après l'accident le malade fredonne une sonate de Schubert.

La parole reste réduite au mot stéréotypé jusqu'en septembre (7 mois).

Sa femme essaie de lui faire dire "pardon". Ce mot ce mélange avec la stéréotypie "merdon, mardon". Petit à petit les deux mots se séparent et il dit quand il s'énerve "merde" puis aussitôt "pardon". Quand ces deux mots sont dissociés il fait un progrès rapide : il dit son nom puis " regarde, tu vois, évidemment, vraiment ".

En Novembre I950, le mot stéréotypé n'apparait plus qu'exceptionnellement, quand le malade est très énervé.

Examen de la Salpétrière le 3I Janvier I95I

Hémiparésie droite : force musculaire diminuée, maladresse relative du côté droit. La marche est possible, hypertonie discrète, réflexes exagérés, pas de signe de Babinski, pas d'hémianopsie.

Examen cardio-vasculaire : normal.

L'électroencéphalogramme ne montre aucune anomalie du tracé.

EXAMEN DU LANGAGE

I - Expression Orale.

Il n'y a pratiquement aucune verbalisation spontanée; quelques formules de politesse quand il arrive : oui, non, non, pardon, merci Madame, bonjour. A table, il manifeste parfois un désir de façon agrammatique : "pain ". Toute l'expression étudiée est sur question, souvent réitérée; il faut insister pour obtenir un mot. La réponse est alors agrammatique.

D'autre part, l'articulation est défectueuse : effort, tension, anormale, explosion; souvent des phonèmes sont déformés. Débit syllabaire. Le ton n'est pas monotone, richement expressif.

Nom : 5 an ...er... Re-né
Adresse : Cent pren
Date de naissance : Vingt- tié un -mille-cent-cingt-mille-neuf.
Profession : non
Histoire de la Maladie : Oh oui, un- an.... jan-vier...là (il montre son visage)... I,2,3,4 (il montre son cou)... ça oui, dix-neuf jan-vier.

L'expression gestuelle est très riche.

- Série automatique
  Jours)
  Mois)
  Chiffres)
  Sans amorçage, mais pénible, hypertonique avec un débit syllabaire et des déformations phonétiques.

- Dénomination : nécessite une ébauche orale de l'examinateur
  Clef : une tié
  Parapluie : pa-apluie
  buvard : + syllabaire)
  Allumettes : Une...une... une allu-nette allulette.
  Porte : une pomme, non non, po-te
  fenêtre : demé-nè-te
  Dans l'ensemble très lent et pénible. L'ébauche orale est capitale pour obtenir la verbalisation. Il suffit souvent d'un mouvement minime des lèvres de l'examinateur.

- Description d'images :
  I,2,3,4,5,6,7,8,9,I0,II ..... a marsons
  I,2 ... au-tos ...un...un...eh, bien, une mariée.
  une, 2,3,4, ... va, non, va, non... a marié, fatieur

- Narration
  I7, pin-pon, -2 ou I,-non, -madame,-non, euh, monsieur ou des madames, non, non, heu oui, là, enfin.

- 2 mots en Phrase
  Travail-Fatigue
  Docteur-malade : "Madame ... Jacques ... et"
  Vacances-Repos.

- Dénomination des verbes sur images
  Monter : "Madame, I,2 ..., I,2.
  Tricoter : " un... une"
  Dormir : "un... une"

- Répétition des mots

- Chien : +
- Table : cable.
- Assiette : +
- Crayon : cueillon
- Travail : trail-vail
- Sténotypie : sté-né-né-pé-tie
- bibliothèque : bi-di-cio-tè-que.
- Constitution : cons-ti-ti-tion-oti.
- Anticonstitutionnel : a-non-ten-tiel.

Il faut souligner dans cette épreuve l'importance de l'ébauche orale.

2 - COMPREHENSION ORALE

- Désigantion : Parfaite pour tous les objets et images d'objets. Il faut parfois répéter la consigne. Souvent un temps de latence est nécessaire avant l'exécution.

- Ordres Oraux : Ouvrez la bouche etc... ++

- Epreuve de Compréhension : Il faut répéter chaque consigne plusieurs fois en particulier isoler chaque réponse proposée.

Dans ces conditions, la majorité des réponses est excellente. Quelques réponses fausses.

Ex. Je regarde avec mes yeux, mes mains, ma bouche ?
- mains ... bouche.

3 - Lecture

Lettres : a) Désignation : Le malade répète plusieurs fois la lettre proposée, erreurs dans la désignation.
b) Lecture à haute voix : pratiquement nulle.

- Syllabes a) Désignation : erreurs inconstantes
b) Lecture à haute voix : pratiquement nulle.

- Mots : a) Désignation ; bien réussie, sauf pour les mots: chat et pomme.

- Lecture à haute voix : ++ avec déformations phonétiques.

- Correspondance avec images : ++

- Phrases : Il exécute les ordres écrits : ouvrez la bouche, etc. ...
Il met en ordre une série de phrases formant récit; cette épreuve est lentement exécutée.
Il met les textes courts sous les actions correspondantes.
Spontanément le malade lit peut; il se fatigue vite sur son journal; il n'entreprend pas un texte abstrait

4 - Ecriture

Le graphisme est bien tracé.

- Spontanée : femme (biffé) mari bersois femme.

- Dictée : Le malade verbalise avant d'écrire. Si la verbalisation est erronée, l'écriture l'est aussi en général, sans correspondance régulière des phonèmes écrits ou oraux.
Parfois la verbalisation est correcte, mais l'écrit est tout de même défectueux.
- Lettres : ++
- Syllabes : ba, fu, ca ++, si : ti, ce ++, bi : bé, vu : tu.
- Mots : parapluie : il dit avec effort parapui. Il écrit partunb (biffé) puis parsebus, et parsibus.

- Copiée : parfaite.

- Réponse par écrit à des questions orales : agrammatique.
Spontanément, le malade verbalise toujours avant d'écrire, déformations écrites du mot.
- Pompier : pampère.
- Serrure : serruse.
- Domino : dima.

Les chiffres sont bien écrits, spontanément et sous dictée, une addition de 3 lignes de 4 chiffres, avec retenues, est bien exécutées.

5 - Apraxie

Des épreuves d'apraxie ont été pratiquées.
Pas d'apraxie des membres.
Au niveau bucco-facial, seul le bruit de désaprobation n'a pas été exécuté.

6 - Tests

- HEAD : schéma corporel : ++
Epreuve droite-gauche : ++ sur imitation. Sur commande orale, la consigne doit être répétée plusieurs fois : le malade utilise la main demandée mais montre toujours sa joue, du côté commandé.
Heures : spontanée ++
Indication sur cadran : ++ (Il faut répéter la consigne)
La lecture est nulle.
Couleurs : Désignation ++
Dénomination : correct, avec déformations phonétiques.

- Epreuve d'orthographe de BONNARDEL : Le malade se classe au niveau : ouvrier spécialisé.

- Epreuve de WEIGL, GOLDSTEIN, SCHEERER : Bon groupement spontané selon la forme. Bon groupement spontané selon la couleur. Bon shipting spontané.
C'est par écrit que le malade indique la raison du premier groupement : rond, carré.

- Echelle de WECHSLER-BELLEVUE : Echelle performance seule possible.
Q.I. non verbal : II3.

- Figure de REY : Epreuve copie : type II, IOOè percentile.
Epreuve mémoire : 25è percentile.

CONCLUSION DU IER EXAMEN

Trouble prédominant de l'expression verbale.
a - Oralement.: Pas d'expression spontanée, inhibition considérable. éeffort -importance de l'ébauche orale. -agrammatisme.
-Débit syllabaire. Le ton est relativement nuancé.
-Mais il existe en plus des déformations de la structure phonétique d'ensemble du mot, dont certaines réalisent de véritables conduites d'approche. Ces substitutions de phonèmes se retrouvent aussi bien dans le langage écrit que dans le langage oral. Elles ne sont pas toujours reconnues par le malade et corrigées. Ce trouble, le débit mis à part, semble très voisin des mots jargonnés et des conduites d'approche des aphasies de Wernike.
b - Par écrit : Effort et lenteur. Déformation des mots, conforme ou non à la verbalisation préalable qui est toujours effectuée.

Du côté compréhension.
a - Langage oral : Pratiquement aucun trouble; il faut pourtant répéter plusieurs fois une consigne longue; un temps de latence est nécessaire.
b- Langage écrit : Erreurs pour les lettres et syllabes isolées. Peu de trouble pour les mots. Mais la lecture est lente et fatigue le malade.

Les tests ne montrent pas de perturbation décelable du côté, attitude catégorielle, pensée conceptuelle, etc... A noter un mauvais résultat à la figure de Rey - mémoire.

2° EXAMEN DU LANGAGE, le 19-9-1951

Le malade utilise davantage le langage dans son activité journalière; il formule maintenant les demandes, toujours agrammatiques.
Dans la conversation, il faut toujours insister un peu pour obtenir une réponse; le débit syllabaire a disparu, mais les réponses sont lentes et demandent un effort.

1 - Expression orale

Nom, date de naissance : corrects.
Adresse : 99 avenue... XVe, Paris
Profession : oh, ça... alors... non
Récit :" Monsieur et auto... alors, euh... auto... mais onze... malade mais... alors euh... Marseille, Cannes, Nice, Monte-Carlo et Menton... Ballades... mer... Montane... nager.. mais euh alors nager, planche... oh ça alors zut... et la brasse... Madame Sauer mais aussi parce que " -on remarque la réapparition de conjonctions et adverbes : mais alors, parce que - l'absence totale de verbes, sauf à l'infinitif (c'est-à-dire en dehors de leur valeur de verbe).

-Séries automatiques : Jours et mois : un amorçage est nécessaire. Le débit est un peu pénible.

-Répétition : Celle des syllabes est correcte, mais necessite un effort anormal pour articuler certains phonèmes.
On trouve des déformations articulatoires dans certains mots : travail = travale, constitution = consitution, existentialisme = estentialisme.
L'infidélité est encore plus grande pour "anticonstitutionnellement" = antitutinent. Bibliothèque = bibiotèque.
Dans la répétition, le débit syllabaire reparaît.

-Phrases de longueur croissante :"La neige...fond"

-Dénomination. Un seul échec : domino.
On remarque le temps de latence et l'effort qui précèdent l'émission d'un nom, des verbalisations "ah, Lucienne..." et des stéréotypies "eb orde" "eb on" qui apparaît plusieurs fois. L'ébauche orale est un grand secours. La description d'images est agrammatique : "auto et car... 2 valises... et Monsieur... et Madame... et valises... Hôtel du fer, non hôtel du Cerf... etc.

-Narration
"Paris le septembre, soir, un... un... in-cendie anume 3 maisons... la ville... la ville... bien... 100.000 francs... et alors pompier ...brûlures aux mains, c'est ça et 10, 20, 16, 17 c'est ça 17, ça alors, 17 femmes."
On remarque les conduites d'approche, l'emploi d'un verbe : "allume" qui n'est pas dans le texte proposé.

-2 mots en phrase
Docteur-malade -"Docteur examine et prend... prend... prend... ça alors". Il est intéressant de voir qu'ici le malade a tenté un emploi de verbe.

2 - Compréhension orale

Elle est maintenant parfaite pour tenter les épreuves utilisées.

3 - Lecture

Lettres isolées, bien désignées et lues à haute voix.
Syllabes isolées - bien désignées.
Nombreuses erreurs de verbalisation.
"Pa = pe, da = ba, fu = vu, gu = du, etc.
Les mots écrits sont bien désignés et placés sous les images d'objets isolés, les mots d'objets sont lus à haute voix correctement.

Phrases. Les ordres simples : "ouvrez la bouche" sont éxécutés. La verbalisation est souvent défectueuse :"ouvre la bouche".

Les phrases écrites sont mises en série sans erreur et placées sous les images d'actions correspondantes.

La lecture d'un texte est caractérisée par de nombreuses substitutions qui en altèrent le sens.

"Les enfants jouent à la poupée" au lieu de "les enfants se promènent".

"Il allume la porte ouverte" au lieu de "ils ont laissé la porte ouverte".

"Poussins" au lieu de "petits dindons".

Epreuve de Head : droite-gauche : bien réussie sur imitation.
Sur commande orale, comme la première fois, le malade désigne sa joue, du côté demandé.
Heures : parfaitement éxécutée.
Couleurs : quelques difficultés de verbalisation.

EN RESUME

Cette observation groupe des troubles multiples

1) du côté expressif

Un trouble phonétique :

Débit syllabaire, phonème impossible, avec déformation de mots, assimilation de phonème, rappelant les stades du langage enfantin.

Mais le trouble phonétique ne justifie pas, semble-t-il, toutes les déformations. Certaines ne paraissent pas une régression du plus difficile à articuler au plus simple. Et surtout on retrouve en grand nombre de telles déformations dans le langage écrit, se rapprochant souvent d'une jargonaphasie.

Il existe en outre :
-un agrammatisme
-une inhibition de l'initiative verbale
Au point de vue évolutif, ont régressé :
-le débit syllabaire
-la difficulté phonétique en partie
-l'inhibition diminue
-quelques emplois de verbes et de conjonctions semblent indiquer que l'agrammatisme regresserait.

2) du côté compréhension

Les troubles sont discrets et ne portent que sur des ensembles importants. Leur régression est franche.

3) langage écrit

Il existe une alexie du type rencontré dans les aphasies de Wernicke, sans trouble perceptif spatiel.

L'écriture est jargonnée, ainsi que nous l'avons indiqué.

Les résultats aux tests sont très satisfaisants (pensée conceptuelle, tests perceptifs, efficience générale, orthographe).

Il faut enfin signaler que, recemment, ce malade, totalement agrammatique, a utilisé une phrase grammatiqalement correcte, dans les conditions suivantes. Au cinéma, assistant à la projection d'un film policier, au moment où les policiers se jettent sur l'assassin, le malade se lève et crie :"Non, non, vous vous trompez, ce n'est pas lui le coupable !".

3° EXAMEN DU 24-2-1954

Expression verbale

-parole spontanée : le débit est toujours aussi syllabaire et l'inhibition paraît aussi forte.

"et bien je aujourd'hui 9 heures tous les jours, onze heures descendez et tous et puis beurre jambon et porto, après-midi lire, après et bien le thé, 5 h 1/2 langage non non Mademoiselle 2 ans, 20 ans pareil."

-dénomination : il persiste encore un syndrome fruste de désintégration phonétique, ainsi que dans les épreuves de répétition (sachez = chacher, stylo = sylo, crayon = cailon).

-description : on retrouve parfois l'application des exercices de rééducation. Le malade lorsqu'il arrive à faire une phrase convenable récite sa leçon. "C'est dans l'été un beau jour de vacances, l'enfant joue avec sable, deux petits enfants ici avec les chèvres, dimanche deux jeunes filles".

-narration : Paris le 5 septembre, un vilain incendie mille francs décala matériel.

-deux mots en phrases : impossible.

Les yeux = vouloir voir
Ecole = c'est apprend quelque chose
Egoïste = c'est moi
Meurtre = c'est enfin quand j'ai subi morte.

La transcription des mots séparés est possible pour ceux qui sont usuels, mais l'impossibilité de transcrire des phrases est totale.

OBSERVATION N° 17 -COU... Max, 35 ans

Histoire de la maladie

Malade dont l'hémiplégie s'est installée brusquement le 22-7-53 sans aucun contexte clinique alors que le malade était en vacances dans le midi de la France.

Il est examiné à Paris une semaine plus tard et l'on note une hémiplégie droite flasque complète. La T-A est à 18-11. Dans les semaines suivantes, l'hémiplégie passe à la spasmodicité; il existe en outre des troubles de la sensibilité profonde.

Une artériographie carotidienne, faite le 12-8-53 montre un arrêt de la colonne opaque un centimètre au-dessus de la bifurcation carotidienne, arrêt en forme de cupule de concavité supérieure, qui fait porter le diagnostic de thrombose de la carotide interne à l'origine. On pratique ensuite une sympathectomie péricarotidienne, complétée par une résection du ganglion cervical supérieur.

Examen clinique

(Le 8-iX-53). Il montre l'existence d'une hémiplégie droite spasmodique à prédominance brachiale, accompagnée de déficit de la sensibilité profonde. La T-A est à 16-9.

Un an plus tard, l'état moteur est à peu près identique, mais on ne retrouve pas de troubles de la sensibilité profonde. Le malade a été revu en décembre 1954, où l'état est toujours identique.

Plusieurs E.E.G. ont été pratiqués :

1-VII-53 (10 jours après l'accident initial).
Tout l'hémisphère gauche est occupé par un rythme delta.

11-8-53 : l'alpha commence à réapparaître sur la région occipitale gauche. Les ondes lentes sont moins nombreuses et apparaîssent essentiellement en frontale et en temporale.

7-9-53 : l'alpha est à peu près symétrique. La moitié antérieure de l'hémisphère gauche est le siège d'un rythme théta, sur lequel se greffe à la fin d'une longue hyperpnée quelques bouffées delta.
4-13-54 : le tracé est redevenu normal.

Nous n'avons pas revu ce malade depuis cette date, mais nous avons appris que, peu après, il avait présenté une première crise comitiale, au cours de laquelle il s'était sérieusement blessé (fracture d'un membre inférieur).

Etude de l'aphasie (examen du 9-9-53)

Expression verbale :

-parole spontanée : est peu abondante. Le malade achoppe rapidement et ne peut pratiquement rien exprimer de lui-même.
alors eh... le 22 juillet... mon mars... quand...eh... c'était eh... voilà...eh... ah... oh... alors... eh... j'ai massé avec... eh... eh... ma fille, ma femme eh... et... coup... eh... oui, c'est ça et... oui... oui... et... alors... eh... j'ai... une... une... oui... c'est ça... avec ça...
Les formules de politesse sont énoncées à propos.

-séries automatiques :
jours : Lundi - mati- mesesi- anausesi- sameti- canvau.
mois : mai - ouin- sembre- tobre- oui- non- no.
compter : 1-2-3-4-7-8-100.

-répétition :
des syllabes est possible : quelques erreurs
mu = me su = lu ne = non
des mots : assiette = ssiette
travail = fave
sténotypie = selé
bibliothèque = bibliotaque
phrases : la neige à Paris = Seine... Seine...eh.
il a neigé dimanche abondamment = sé... sé... deu...deu... dénanche abondamment.
Test de répétition Descoeudres : quelques perturbations
lit = lui veut = bau chat = safe tetu = cue
signal = esignal fleur = fuel racle = lache
jaser = jasser
erreurs de type désintégration phonétique.

-dénomination : pratiquement abolie.
Par contre, l'ébauche orale est très efficace et tous les noms sont bien énoncés. Il suffit d'en amorcer la première syllabe.

-description : Voilà...eh...ici... un train vont devant... oui...ici... Ka...ka...et...et...et...ch... partir alors...eh...voilà...voilà...eh... c'est...c'est...oui...voilà.

-narration : Paris...eh...Paris...c'est...c'est...c'est...
Paris...c'est...enfin...c'est...eh... c'est...

-compréhension :
-la désignation est bien réussie
-les ordres simples sont bien réussis
-les 3 commissions sont éxécutées sans erreur
-les épreuves de double-triple désignation, l'épreuve de compréhension, la critique des histoires absurdes : sont bien réussies.

-lecture : toutes les épreuves sont réussies.

-écriture : copiée est correcte.
dictée : les mots sont séparément bien orthographiés, les syllabes sont bien orthographiées, les phrases : je voudrais reparler comme tout le monde = je vous parlerer comme tout monde
spontanée : en dehors de son nom et de son adresse, le malade n'écrit rien.

-apraxie :
apraxie bucco-faciale : en dehors de claquer la langue et du bruit imitation appel du chat, le malade réussit toutes les épreuves.
tests : main-oeil-oreille : est bien réussi.
heure : aucune perturbation
couleurs : aucune erreur
figure complexe de Rey : le mode de reproduction est le type 1. Le malade se classe dans le premier percentile.
Bender et Stick-test : aucune erreur
Echelle performance Wechsler : quotient intellectuel

RESUME
Le malade a une suppression presque totale de son langage spontané. On ne note pratiquement pas d'automatisme.
En dehors de quelques mots phrases émis avec beaucoup de difficultés et de recherches, le malade ne dit rien.
Le débit constaté est syllabaire, la voix nasillarde, la force articulatoire faible.
Il n'y a pas de trouble d'évocation. Le malade répète tout ce qu'on lui dit mais avec certaines erreurs, de type désintégration phonétique. L'ébauche orale est d'ailleurs un moyen de facilitation très efficace aux épreuves de dénomination.
L'écriture spontanée est supprimée. Sur dictée, par contre, on obtient un mode de transcription perturbé quant à la syn-

taxe. On ne relève pas de déformations de mots. Il semble que l'écriture dictée soit meilleure que la répétition orale des mots.

La compréhension, la lecture, l'efficience aux tests sont très satisfaisants.

Aucun signe apraxique -si ce n'est aux épreuves d'apraxie bucco-faciale où les signes sont très justes.

Examen du 25-1-54

Expression verbale

-parole spontanée : toujours pénible, nécessite un certain effort. On note la pénurie de verbes utilisés à la forme active.

je suis eh... comment... oui... eh bien oui... ça va bien... poral -parfait

Et notre fille ? "turbulente... 9 ans 1/2... entrer... le llème-8ème...

Métier ? ...eh...eh...un métier... bien voilà... je suis caisse... et...eh...je donne... donne... à la...eh... francs...eh...200 francs...alors... je donne... la moitié...

-répétition : des syllabes et des mots : correcte pour la plupart mais encore des erreurs :

su = du vu = fu assiette = sasiette chat = sat
da = ta ne = fe constitution = constétution
go = do chiffre = siffre subvenir = suvenir

-dénomination : est correcte -encore parfois un certain temps de latence avant la trouvaille du mot -mais le malade ne place jamais d'article avant le nom.

-description : Salle à manger... avec Papa manquant. Il va arriver maman... grand maman... Grand Papa quittent le feu maman rapporte le bouillon avec fille... fils...eh... mettent...eh...la table...chat...le chat... tout... le verre la table... chat...chat...enfin 7 heures...travail fini...

-narration : Paris le 5 septembre. Un vilain incendie...eh... 500...non...1000... francs...décalats...matériel...

-2 mots en phrases
Epreuve pratiquement impossible en dehors des trois premiers exemples : neige -- luver - la neige...eh ...aujourd'hui... il est bel hiver car il est neigé
enfants jardin : écoute...enfants va au jardin

-explication de mots :
fourchette : c'est une fourchette avec des piques dans sasiette
yeux : vouloir voir
menuisier : qui travaille le bois
égoïsme : c'est moi
progrès : en avant - en bon
riche : beaucoup de sous
aveugle : qui a perdu la vue
paresseux : qui a perdu l'espoir

-explication de proverbes : impossible

RESUME

Ce malade a récupéré un certain mode d'expression verbale plus ou moins agrammatique. L'anarthrie de type paralytique et les signes de désintégration phonétique persistent mais de façon plus discrète.

La dénomination est pratiquement récupérée.

Le langage spontané est moins riche en vocabulaire qu'on ne pouvait l'espérer si l'on considère la réussite presque tottale aux épreuves de dénomination.

La transcription est toujours abondante et moins agrammatique que le langage spontané du malade.

Examen du 4-12-54

Expression verbale :
Le malade est moins agrammatique que lors des deux premiers examens. On note la pauvreté des verbes qui sont d'un emploi passe-partout : avoir, être, faire.
Ceci après des efforts particuliers de rééducation.
"J'ai été en maison de repos, j'ai été promener, je fais du langage, je fais de l'aquarelle en ce moment, surtout la nature morte et puis il y avait le paysage, j'ai écriture dans mon bureau."

Il persévère une note d'anarthrie paralytique.

-<u>répétition</u> : encore quelques erreurs concernant les groupes consonnantiques.

-<u>dénomination</u> : tout à fait correcte.

-<u>description</u> : devient plus riche en verbes que le langage spontané mais le malade paraît réciter sa leçon.
"La salle à manger est... la salle à manger est... les petits garçons sont en train de mettre la table, la mère sert la soupe, le grand-père fume la pipe, le feu éclaire... enfin l'ario avec le fusil (pour la radio) le fusil là parce que le paysans ne vont pas à la chasse, cette dame sert la soupe."

-<u>2 mots en phrases</u> : les réponses ne sont pas totalement agrammatiques, mais la formation d'une seule phrase avec deux mots est encore impossible.
Spectateur -acteur = je suis spectateur et je vois les acteurs.
Drapeau - patrie = j'aime la patrie, il y a des drapeaux.

-<u>définition de mots</u> :
menuisier = c'est un ouvrier en bois.
meurtre = une chose où on tue.
école = une chose où on apprend.

-<u>explication de proverbes</u> :
l'habit ne fait pas le moine = être riche ça signifie moralité pas bonne.
pierre qui roule n'amasse pas mousse = si je fais un tas de métiers ça veut dire que je ne m'enrichie pas.
vieille amitié ne craint pas la rouille = ça veut dire qu'on est amis.

Le reste de l'examen ne présente aucune différence avec le précédent.

OBSERVATION N° 18 : Mme BIZ... 25 ans

La malade est adressée au Centre du Langage le 23-3-1955 pour aphasie.

Histoire de la maladie

En août 1953, cinq heures après un accouchement normal chez cette primipare sans antécédents pathologiques, apparaîssent des crises convulsives localisées à droite tout d'abord, puis généralisées avec état de mal suivi d'une phase de coma de 48 heures. L'examen neurologique montre alors : une hémiparésie droite avec paralysie faciale droite et suppression totale du langage. Les troubles moteurs régressent progressivement. Au point de vue langage, pendant 6 mois, la malade n'émet qu'un son inarticulé, puis quelques mots apparaîssent. Il existait à ce moment des troubles de la compréhension et des troubles de la lecture.

Examen clinique du 23-III-1955

L'examen neurologique est strictement normal à l'exception d'une parésie faciale discrète. Il n'y a pas d'hémianopsie.

E.E.G. du 14-XI-1953

Tracé franchement asymétrique, l'amplitude est diminuée de plus de moitié sur l'hémisphère gauche, mais il n'y a pas modification de fréquence. L'hyperpnée ne modifie pratiquement pas le tracé. La S.L.I., dès qu'elle arrive à une fréquence voisine de celle de l'alpha, égalise totalement l'amplitude des deux côtés.

Etude de l'aphasie (examen du 22-3-1956)

Expression verbale :

-parole spontanée : nécessité d'inciter la malade à parler. Pas de troubles du débit, pas de déformations de type arthrique. Rien, je ne sais rien, je ne sais rien de ce moment, avant oui, habiter Angers pendant 18 mois, depuis rééducation parler. Les mots, c'est les mots.

-séries automatiques : sont bien énoncées.
Récit par coeur : y parvient sans agrammatisme.

-<u>répétition</u> : possible pour les syllabes simples et composées sans aucune erreur.
mots : quelques déformations de type arthrique pour ceux qui comportent des erreurs de type phonétique.
phrases : ne répète que le dernier mot.

-<u>dénomination</u> : possible sans article. En cas d'achoppement, l'ébauche orale est très efficace.

-<u>description</u> : est de type énumérative : les vendanges; le drap, les pommes, la poule, c'est comment la salle commune, l'horloge, la galette.

-<u>2 mots en phrases</u> : impossible.

-<u>définition de mots</u> : possible par l'usage ou par l'emploi d'un synonyme, ou par l'énoncé d'une phrase illustrant complètement la signification du mot :
fourchette : pour manger.
meurtre = prison.
école = lundi aller en classe.
crier = fort bébé l'a faim.
riche = maison tapis.

<u>Compréhension</u> :
la désignation est bien réussie.
les ordres simples sont bien éxécutés.
3 commissions également.
L'épreuve de compréhension à choix multiple est bien réussie.
Il est parfois nécessaire de répéter plusieurs fois les consignes.

<u>Lecture</u> :
La désignation des lettres est très perturbée ainsi que celle des syllabes.
La correspondance des mots et des images est par contre bien faite, ainsi que la correspondance des textes et actions.
La lecture à haute vois est de type agrammatique.
les substantifs sont bien lus.
La plupart des verbes sont rétablis à l'infinitif.
L'achoppement sur les mots invariables est constant.

<u>Ecriture</u> :
La dictée des lettres et des syllabes est impossible.
La dictée des mots même usuels est également impossible. En dehors de son nom et de son adresse, la malade ne transcrit rien.

Apraxie :
Aucune perturbation.

Tests :
Le test main-oeil-oreille est perturbé. Nombreuses inversions droite gauche et confusion oeil oreille.
Test de l'heure : erreurs concernant les minutes, inversion droite gauche.
Tests perceptivo-moteurs : aucune altération du graphisme et de la perception.
Test de rétention visuelle de Benton : niveau très déficient.
Echelle de Weshsler-performance :
quotient intellectuel : 52
Ce niveau d'efficience est très insuffisant.

RESUME

L'expression verbale de cette malade est très réduite.
L'agrammatisme est manifeste en dépit de la conservation de certaines formules automatiques.
Le syndrome de désintégration phonétique est très fruste.
Il n'y a pas de troubles de compréhension.
L'alexie syllabaire et littérale est très importante.
Il n'y a pas d'alexie verbale. Néanmoins la compréhension des textes est lacunaire et les achoppements concernent principalement les formules grammaticales.
L'écriture est presque totalement abolie.
Les tests de Head sont perturbés. Mis à part celui des couleurs.
Il n'y a pas de déficit particulier aux tests, mais la détérioration intellectuelle semble importante.

OBSERVATION N° 19, M. DUR...Octave, 52 ans.

Le malade est adressé au Centre du Langage en mars 1956 pour hémiplégie droite et aphasie.

Histoire de la maladie.

Le 16 décembre 1927, le malade, alors âgé de 24 ans, sans aucun antécédent pathologique, présente un coma brutal d'une durée de 24 heures avec hémiplégie droite massive. A la sortie du coma, il présente une suppression totale du langage qui durera 40 jours environ, avec gros troubles de la compréhension. Puis réapparaîssent quelques mots stéréotypés : papa - maman - faim - soif.

L'amélioration persiste environ 18 mois. Depuis lors, c'est-à-dire depuis 27 ans, l'état est stationnaire. Le malade n'a pas été rééduqué. La récupération motrice a été médiocre, mais elle permet la marche.

Examen clinique du 20-III-1955

Hémiplégie spasmodique droite avec :
-un déficit moteur prédominant au membre supérieur, à maximum distal, des réflexes ostéo-tendineux également exagérés aux deux membres, un cutané plantaire en extension, une hypo-esthésie au niveau de tout l'hémicorps droit, et de gros troubles de la sensibilité profonde.

Au niveau des paires crâniennes :
-parésie faciale centrale discrète
-réflexe du voile normal
-hémianopsie latérale homonyme droite

Etude de l'apahsie

Expression verbale :
-parole spontanée : le malade est volubile, il veut sans cesse donner de multiples explications, ceci en dépit des achoppements qui pourtant sont fréquents.

-les formules automatiques sont très nombreuses, et l'on note l'abondance des adverbes qu'emploie le malade au cours de des formules d'échec. La suppression des verbes est pourtant totale.

"tout doucement un progrès depuis 20 ans, dessinateur très jeune, et puis malade et puis alors, trois choses en même temps, c'est rigolo, evidemment, ensemble, alors plus personne tout doucement du progrès toujours. Février grand froid pas beaucoup sortir evidemment, peut être une heure dehors et bien habillé."

-séries automatiques sont bien énoncées.

-répétition : syllabes, mots, pratiquement correcte. Quelques erreurs concernant les groupes consonnantiques, ceci très rarement.

-dénomination : emploie très peu d'articles avant de dénommer. La réussite est totale à cette épreuve.

-description : au marché la foire, tout ça le matin, même de bonne heure, à 6 heures du matin, jusqu'à peut-être 10 heures ou 11 heures. Beaucoup de monde.

-2 mots en phrases : impossible; répète les deux mots sans succès.

-explication de mots : le malade a surtout recours à un synonyme; éloge = des louanges. égoïsme = avare un peu.

Compréhension

Toutes les épreuves sont réussies, mais il est parfois nécessaire de répéter parfois les consignes.

Lecture

La désignation des lettres est bien faite.

Syllabes : sont décomposées en lettres, la lecture en est analytique.

La désignation des mots est bien faite, la correspondance des mots et des images l'est également.

L'éxécution des ordres écrits est correcte.

La correspondance des textes et actions est perturbée.

La lecture à haute voix n'est pas totalement agrammatique; les résultats sont inconstants, mais il arrive fréquemment que certains verbes à la forme active soient remis à la forme infinitive.

La confusion entre les articles est fréquente.

L'achoppement sur les conjonctions, les prépositions et certains adverbes est fréquent.

Ecriture

Copiée : correcte.

Spontanée : totalement abolie.

Dictée : possible pour les substantifs seulement.

Description spontanée : totalement énumérative. Jardin, lac, petit bateau, petit vapeur, peintre, garde, enfants.

Apraxie

Aucune perturbation.

Tests

-Head : sont tous réussis.
-Tests perceptivo-moteurs : aucune perturbation.
-Echelle de Wechsler performance : n'a pas été pratiquée.

RESUME

La labilité de ce malade est inhabituelle chez les aggrammatismes.

La suppression des verbes, des conjonctions et des prépositions est totale. Par contre, la diversité des adverbes dont use le malade est également peu fréquente chez ces malades.

La désintégration phonétique est très fruste.

Il n'y a pas de troubles de compréhension.

Il n'y a pas d'alexie littérale, pas d'alexie verbale.

L'alexie syllabaire semble fruste mais certaine.

La compréhension des textes est lacunaire.

La lecture à haute voix perturbée, de façon constante pour les formules grammaticales.

L'écriture spontanée est plus réduite que le langage oral.

La transcription sur dictée de substantifs est néanmoins possible et correcte.

Il n'y a pas de troubles électifs aux tests.

ETUDE DE L'AGRAMMATISME

Expression

-Remplissage des lacunes d'un texte

1) substantifs et adjectifs
   toutes les épreuves sont éxécutées correctement et rapidement.
   Ex : les malades sont soignés à l'hôpital, etc.

2) articles
   2 réponses exactes. Aucune réponse pour les trois autres phrases :
   Je mange --- bonbons
   J'ai pris ----- décision
   J'aime les gâteaux
   J'ai cassé ---pied de --- lampe
   Les écoliers vont à l'école

3) verbes
   une lacune correctement remplie : Il monte un escalier.
   pas de réponse pour les autres phrases.

4) pronoms
   une lacune correctement remplie : j'espère que tu réussiras ton examen.
   pas de réponse pour les autres phrases.

5) conjonctions
   une lacune correctement remplie : il faut que je parte.
   pas de réponse pour les autres phrases.

6) prépositions
   trois lacunes correctement remplies:
      Je voyage de Paris à Marseille
      Noël est en hiver
   une lacune est remplie incorrectement :
      Je me dirige dans le cinéma
   pas de réponse pour les deux autres phrases;
      Je pose le livre --- la table.

7) adverbes
   pas une seule réponse, quoique le malade emploie spontanément un grand nombre d'adverbes.

-Conjugaison

Il faut stimuler le malade pour obtenir quelques réponses :

"Je suis...tu es... sais pas...
"J'ai... sais pas
"Je vais, tu vais, il vait, nous allons, vous allez, ils vaient."

-Formation du pluriel des noms

Toujours correcte.

Compréhension

La compréhension des mots que le malade ne peut exprimer est bonne. La désignation et l'éxécution d'ordres sous la dépendance d'un de ces mots est correcte.

L'épreuve à choix multiple est bien réussie et le malade déclare spontanément :" 2 ou 3 - La bonne - oui - Mais une seule - cherche - c'est tout."

Le malade reconnaît immédiatement l'absurdité d'une phrase lorsque cette absurdité est due à l'emploi inadéquat de la forme passive d'un verbe.

OBSERVATION N° 20 - Mme COL...Marie-Josèphe

Cette jeune femme de 25 ans sans antécédents pathologiques fait une crise d'épilepsie motrice généralisée sur la voie publique; l'accident est suivi d'une perte de conscience assez brève, la malade est transportée dans un service de médecine générale où l'examen neurologique met en évidence un déficit sensitivo-moteur droit. L'examen de fond d'oeil révèle l'existence d'un oedème papillaire bi-latéral s'accompagnant d'hémorragie d'un côté. La malade est alors transférée dans le service de neuro-chirurgie.

Il existe une hémi-parésie droite spastique, le déficit moteur domine très largement au membre inférieur où les manoeuvres d'épreuve sont à peine tenues. Au membre supérieur, on note à la manoeuvre de Barré une chute douce. Des mouvements actifs sont possibles. Le déficit moteur touche également la face. Les réflexes sont modifiés à droite; du côté gauche, ils sont tenus pour normaux. L'hyperréflexie s'exagère lors de l'hyperpnée du côté droit et l'on obtient même parfois un tonus du pied. Cependant au cutané-plantaire, on n'obtient pas de Babinski franc mais simplement un éventail des 4 derniers orteils. Il n'existe ni signe de Rossolimo, ni signe de Mendle-Bechterew, de Gordon, Shoeffer, Oppeheim.

Sensibilité : la malade est parfaitement capable de répondre aux questions qui lui sont posées. Elle coopère suffisamment pour que l'on tienne compte d'une hypo-esthésie tactile extrême au niveau du membre supérieur droit et qui dépasse largement le moignon de l'épaule vers la racine du cou. Dans le reste du corps, la sensibilité paraît bien normale. Sensibilité thermique : elle est normale; la sensibilité douloureuse est très légèrement diminuée au niveau du membre supérieur droit. Le membre inférieur est épargné. Subjectivement, la malade ressent par intermittences une douleur intense qu'elle compare à une impression de broiement, de déchirement au niveau de la main, de l'avant-bras du membre supérieur droit. Cette douleur prélude généralement à l'apparition de mouvements anormaux.

Ceux-ci siègent spécifiquement au niveau du membre supérieur du côté droit où l'on observe à l'extrêmité des mouvements athétoïdes mobilisant très lentement les doigts et dont la malade a parfaitement conscience. Parfois, le mouvement gagne d'amplitude et intéresse le poignet, le coude et l'épaule; on observe àlors, joint aux mouvements lents et fins de l'extrêmité distale, un mouvement beaucoup plus brusque de type chorréïque

cette fois.

Au cours de la première semaine de l'hospitalisation, quelques fins mouvements du pied de type athétoïde seront également observés.

Paires crâniennes : on relève quelques anormalités : l'acuité visuelle est très diminuée (elle n'a cependant pas été chiffrée), le champ visuel reste normal au doigt.

Il existe une parésie oculo-motrice -la 6e paire du côté droit- une paralysie faciale droite de type central touchant le facial inférieur.

Une hypo-esthésie faciale droite au niveau de la joue de l'aile du nez et dans le territoire du maxillaire inférieur. Cependant, le réflexe cornéen existe, il est comparable à droite et à gauche. On ne relève rien d'anormal par ailleurs.

Devant ce tableau très évocateur d'une néo-formation intra-crânienne : comitialité tardive, déficit sensitivo-moteur latéralisé, oedème cérébral, l'artériographie carotidienne gauche est pratiquée sans tarder, dont voici le compte-rendu.

-Artériographie carotidienne gauche, le 28-2-1955

De face : artériographie :
-déviation vers la droite de la cérébrale antérieure,
-étirement de la portion sylvienne de la cérébrale moyenne,
-écartement cérébrale antérieure-cérébrale moyenne.

Phlébographie :
-déviation vers la droite du sinus longitudinal inférieur et de la veine de Galien (déplacement parallèle au déplacement artériel).
-la veine basale est refoulée en dedans et forme un angle ouvert en dedans au niveau de son extrêmité antérieure (image d'engagement temporal)

Profil : Artériographie :
-discret pincement du syphon carotidien
-la cérébrale antérieure est légèrement tendue
-il existe une angulation à 90° brutale de la branche insulaire de la sylvienne au niveau de la 1/2 antérieure de la scissure de Sylvius
-au temps II, il existe une image d'impregnation très fine et floue dans l'angle fronto-temporal.

Phlébographie :
-trou de Monro est légèrement refoulé en arrière
-l'angle strié est déformé, encoché en bas
-la Basale est fortement déroulée et concave vers le haut à sa partie postérieure.

Conclusion : tumeur frontale postérieure sur le versant frontal de la vallée sylvienne injectée, avec engagement temporal.

L'intervention est pratiquée le 2 mars 1955.

Compte-rendu opératoire

Volet frontal gauche. Les circonvolutions préfrontales supérieures ont un aspect normal. Par contre, juste en arrière de l'entrée de la Sylvienne au niveau de F 3 et tout autour de lui, les circonvolutions sont manifestement dilatées d'aspect repassé.

Une incision curviligne passe en avant de F 3, puis se retourne au-dessus de lui. Le parenchyme est clivé par aspiration et par la pince électro-coagulante.

Le tissu cérébral est fortement oedématié et il ne paraît pas infiltré, mais à 3 cms de profondeur environ on découvre une tumeur dure, de coloration gris ardoise; elle paraît, en surface au moins, s'isoler sans trop de peine du tissu avoisinant.

On décide alors, puisqu'elle siège en profondeur derrière l'Insula, de l'énucléer complètement au doigt -cette énucléation peut d'ailleurs être effectuée avec une aisance inattendue.

La tumeur, à peu près régulièrement sphérique polylobée, a le volume d'une reine-claude. Le lit de cette tumeur semble fait de tissu sain. L'hémostase en est relativement aisée. Un clips est placé en profondeur, là où doit être centrée la radiothérapie :
-dans un plan horizontal : 6 cms au-dessus du conduit auditif externe
-dans un plan frontal : 3 cms en avant du conduit auditif externe.

La tumeur est située au contact interne de la tête du noyau caudé, immédiatement en arrière de l'Insula, elle semble bien intéresser le noyau lenticulaire. Contrôle de l'Hémostase. Un couvercle constitué par le pied de F 3, des circonvolutions voisines qui n'ont pas été réséquées, est rabattu au-dessus de la cavité laissée libre par l'ablation

du noyau Terminal.

Ringer dans la cavité opératoire.
Suture aussi sérieuse que possible de la dure-mère.
Points de suspension.
Fixation du volet osseux, pose d'un drain n° 14. Suture du scalp.

Examen histologique : Tuberculome evident circonscrit par une réaction gliale.

Suites opératoires

Dans les quelques jours qui suivent l'intervention, les mouvements anormaux disparaissent, les troubles subjectifs de la sensibilité également, ou en tous cas n'existent plus spontanément; cependant, il suffit d'un attouchement, et à plus forte raison d'une pression exercée au niveau de la main ou de l'avant-bras pour réveiller la douleur qui ne peut être définie par la malade devenue aphasique. Cette douleur persistera pendant un mois environ.

Du point de vue moteur, on note une hémiplégie droite qui domine cette fois au membre supérieur, pratiquement incapable de tout mouvement volontaire, au cours de la première quinzaine. Au membre inférieur, répparaissent assez rapidement des mouvements d'extension et de flexion. Les réflexes sont polycinétiques, il existe un clonus du pied, de la rotule, un signe de Babinski.

Au niveau des paires crâniennes, rien de plus que ce qui avait été noté avant l'intervention.

L'étude de la sensibilité objective met en évidence une anesthésie au niveau du membre supérieur droit. La sensibilité paraît bien intacte sur le reste du corps.

Quinze jours après l'intervention, la compréhension du langage s'est considérablement améliorée, puisque la malade éxécute sans hésitation un ordre complexe tel que : placez la main gauche sur l'oreille droite. On n'observe pas d'intoxication par le geste, pas d'intoxication par un mot lorsqu'il a pu être prononcé. La malade n'est capable de dire que quelques rares mots d'usage courant.

Dans une série de mots qui lui ont été nommés, la malade reconnaît sans erreur celui qui désigne l'objet qu'on lui a présenté. Il en est de même pour toutes les couleurs.

L'expression reste beaucoup plus touchée, quelques très rares mots sont émis : oui, non, papa, maman, un ou deux prénoms de ses familiers.

Après un séjour de quelques mois chez elle, la malade revient dans le service.

Son état général s'est considérablement amélioré, le gain de poids réalisé est d'une dizaine de kilogs environ. A l'examen neurologique, on note une hémiplégie droite, très spastique, autorisant la marche, le membre supérieur est pratiquement inutile, la malade n'est en particulier pas capable de desserrer les doigts et de se servir de sa main de quelque façon que ce soit.

Examen du 1-II-1956

Hémiplégie spasmodique droite.

1) Membre inférieur.

La force musculaire segmentaire est nettement diminuée. Paralysie des raccourcisseurs prédominant à l'extrêmité distale. Contracture des extenseurs, surtout nette à l'extrêmité où le pied est fixé en varus équin, difficilement réductible.

Réflexes vifs, diffusés, polycinétiques avec clonus du pied.

Babinski positif et même fixé. De l'autre côté, Babinski indifférent.

Sensibilité superficielle normale (légère hypoesthésie à la douleur).

Troubles de la sensibilité profonde erreurs dans l'épreuve de la position des orteils.

2) Membre supérieur.

A la main, où la contracture fixe les doigts en flexion, l'extension des doigts est impossible, par contre l'augmentation de la flexion est possible

Les mouvements sont plus conservés à la racine.
La flexion est plus facile que l'extension.
La contraction fixe le membre en flexion.
Les réflexes sont vifs et polycinétiques.
Légère hypoesthésie à la douleur.
Positions de l'index : nombreuses erreurs.

3) Face.
Légère hypoesthésie à la piqûre.
Paralysie faciale centrale droite.
Les autres paires crâniennes sont normales.

4) Astéréognosie droite.

5) Pas d'hémianopsie.

6) E.E.G. du 11-1-1956
Tracé altéré montrant des anomalies généralisées du rythme de base, des signes de souffrance hémisphérique gauche qui paraissent assez diffus, et au cours de l'hyperpnée des signes d'activité paroxystique d'allure centro-encéphalique.

Encephalographie gazeuse fractionnée du 2-2-56

Petit déplacement du système ventriculaire vers la gauche (y compris la 3eme ventricule) avec déformation et dilatation du ventricule latéral gauche. Le maximum de cette dilatation est dans le régime du carrefour.
La corne temporale gauche participe à ces anomalies.
Le système cysternal n'est pas modifié dans l'ensemble.
Il y a moins d'air à la corticalité à gauche qu'à droite.

ETUDE DE L'APHASIE (Examen du 12-1-1956)

Expression verbale
Parole spontanée :
-troubles phonétiques : ++
-manque d'incitation : ++
-inhibition - achoppements.
-débit syllabaire -voix sourde
-langage radicalement agrammatique :
"ce matin - lever - manger - électricité - bras - jambe - va mieux."
-répétition : possible avec troubles arthritiques
-dénomination : ,, , ,, ,,

Compréhension : correcte.

Lecture : pas d'alexie.
Lecture à haute voix possible avec troubles arthriques. Lecture agrammatique.

Ecriture : Copiée : correcte.
Dictée -spontanée : déformations de mots.
Style énumératif.

Apraxie : pas d'apraxie bucco-faciale.
pas d'apraxie idéatoire ni idéoèmotrice.

Tests : Head : quelques inversions droite-gauche au test main-oeil-oreille.
Test de l'heure : normal
Bender : bien réussi.
Rey : bien réussi.
Echelle de Wechsler : Q.I. = 90
Echelle de Benton : niveau déficient.

ETUDE DE L'AGRAMMATISME

Expression :

-Remplissage des lacunes d'un texte :

1) substantifs et adjectifs
toutes les épreuves sont éxécutées correctement et rapidement

2) articles
toutes les épreuves sont éxécutées correctement

3) verbes
1 lacune est correctement remplie : "Tu joues aux cartes"
2 lacunes sont remplies incorrectement :
"Je prends par le train"
"Nous vont en vacances"
2 lacunes ne sont pas remplies :
"Nous - - - avec un crayon (sais pas !)
"Il - - - un escalier".

4) pronoms
2 lacunes sont correctement remplies :
"Je mange des pommes"
"J'espère que tu réussiras ton examen"
2 sont incorrectement remplies :
"Te allons à la campagne"
"Je au regarde dans la glace".
pas de réponse pour les autres phrases (pronoms relatifs).

5) conjonctions
échec total.
6) prépositions
1 seule lacune est correctement remplie :
"Je marche près de la rivière".
3 sont incorrectement remplies :
"Je travaille dans gagner ma vie"
"Noël est dans l'hiver"
"Je pose le livre dans la table"
pas de réponse pour les autres phrases.
7) adverbes
échec total.

Le remplissage des lacunes d'un texte où manque l'un ou l'autre de ces parties du discours confirme ces résultats.

Conjugaison de verbes :
-les verbes réguliers en ER sont correctement conjugués à l'indicatif présent seulement
-les verbes ETRE et AVOIR ne sont pas du tout conjugués.

Formation du pluriel des noms :
toujours correcte.

Compréhension :

Il n'y a pas de trouble de la compréhension. Cependant une réserve doit être faite en ce qui concerne certains adverbes, dont la compréhension est variable et semble lacunaire.

D I S C U S S I O N

Les 20 observations de malades agrammatiques, que nous venons de présenter, vont maintenant nous permettre de préciser les caractéristiques, de l'agrammatisme.

Nous étudierons successivement :

I - L'étiologie.

2 - La clinique.

3 - Sa place dans l'aphasie.

4 - Les conditions d'apparition et l'évolution.

5 - Les problèmes de la signification et de la localisation.

Avant d'aborder cette étude, nous préciserons deux points importants :

I - Les 20 observations retenues sont des cas indiscutables et prolongés, d'agrammatisme. Nous avons éliminé les observations de malades, qui, en cours de récupération de troubles aphasiques, avaient présenté, passagèrement, une tendance, une "note" agrammatique.

Il s'agit, en effet, d'un phénomène banal.

2 - Si l'on s'impose ces limites nécessaires, l'agrammatisme apparaît comme un trouble assez rare. Les cas d'agrammatisme ne représentent que 3 % des aphasies, et, plus particulièrement, que 8 % des aphasies de BROCA, suivies au Centre du Langage.

E T I O L O G I E

Dans les 20 cas observés, nous avons relevé les étiologies suivantes :

7 - Accidents vasculaires de cause habituelle (hypertension, artério-sclérose, syphilis) - (Observations n° 7-I0-II-I2-I3-I4-I7).

6 - Traumatismes cérébraux (Observations n° I-2-3-4-5-6).

4 - Hémiplégies de la grossesse et du post partum (Observations n° 8-9-I5-I8).

I - Tumeur cérébrale (Tuberculome) - (Observation n° 20).

I - Ligature accidentelle de la carotide interne (Observation n° I6).

I - Cause indéterminée : accident survenu 27 ans avant l'examen, chez un homme de 52 ans, sans diagnostic précis (Observation n° I9).

Cette statistique appelle les remarques suivantes :

Si nous négligeons les étiologies tumorales, la ligature accidentelle de la carotide, et les cas où la cause est demeurée inconnue, qui se retrouvent dans une proportion à peu près identique, dans les statistiques portant sur l'ensemble des aphasies suivies au Centre du Langage (4II malades), on retrouve pour les autres causes, d'importantes différences :

I - Les causes vasculaires habituelles, représentent pour les aphasiques en général, 2/3 des cas, et I/3 seulement chez les agrammatiques.

2 - Les causes traumatiques sont 3 fois plus fréquentes chez les agrammatiques : IO % pour l'ensemble des aphasiques,

30 % pour les agrammatiques.

3 - Les causes associées à la grossesse ou au post-partum sont 5 fois plus fréquentes chez les agrammatiques :

4 % pour l'ensemble des aphasiques,

20 % pour les agrammatiques.

De ces chiffres, on peut, en conclusions, retenir les faits suivants :

I - Les causes de l'agrammatisme sont les même que celle de l'aphasie en général.

2 - Les proportions dans lesquelles ces causes sont rencontrées, sont différentes. Cette différence se marque surtout par une augmentation du pourcentage des causes traumatiques et des causes associées à la grossesse et au post-partum, aux dépends des causes vasculaires habituelles dont la proportion diminue de moitié.

3 - Les raisons de ces différences de pourcentage, n'apparaissent pas clairement.

DESCRIPTION CLINIQUE

Nous diviserons la description clinique de l'agrammatisme, en différents chapitres :

I - L'EXPRESSION : langage spontané, description, répétition, épreuve des 2 mots en une phrase, définition de mots, épreuve des lacunes à compléter, conjugaisons, pluriel des substantifs. Cet ensemble d'épreuve nous permettra une

étude analytique des troubles de la "grammatisation".

2 - LA COMPREHENSION des formes grammaticales.

3 - LA LECTURE

4 - L'ECRITURE (Toutes deux exclusivement sous le rapport de l'agrammatisme).

I - EXPRESSION

I - Langage spontané - L'étude du langage spontané va nous permettre immédiatement 2 remarques :

I - L'agrammatisme absolu, n'existe pas. Pour affirmer, en effet, son existence, il faudrait retrouver une observation où le malade s'exprime uniquement en "mots pleins", non "grammatisés", c'est à dire, un malade qui n'userait que de substantifs et d'adjectifs au singulier, et de verbes à l'infinitif. Un tel malade emploierait en somme le "parler petit nègre", tel qu'avait voulu le définir PITRES, qui l'opposait au "style télégraphique". Aucun de nos 20 malades ne répond exactement à ces conditions.

2 - La division de l'agrammatisme en 2 formes cliniques : agrammatisme "petit nègre" et agrammatisme "style télégraphique" n'est pas valable, ainsi que l'avait fait remarquer de nombreux auteurs allemands.

Ce que l'on retrouve, en fait, c'est, chez un même malade, le mélange des 2 formes, en proportion variable selon les cas. C'est enfin, plus du côté "style télégraphique" que du côté "parler petit nègre" que l'on se rapproche des cas purs.

Nous pouvons donner comme exemple typique de mélange de ces 2 formes, l'Observation n° I5, cas d'agrammatisme banal : "Quand travailler un peu, moi une crise. Monsieur MARTEAU dire au lit. Un rien moi très bien, un rien, moi très mal". Puis à la question : "Avez-vous des enfants ?", on obtient la réponse suivante : "Trois. Travaillent dur. La petite à l'école - IO ans - Comme sa mère : trop de coeur".

Le cas se rapprochant le plus du "style télégraphique" pur est sans doute représenté par l'Observation n° I3 : "Ingénieur. Les pierres, les mines, je sais pas moi. Avion - Argentine - Cordoba - Montévidéo et Buenos-Aires. Avion - Bateau - Rio de la Plata - Chemin de fer - Une nuit". Mais ce malade, employait parfois, cependant, quoique exceptionnellement, les formes infinitives des verbes. Par ailleurs les articles et les pronoms n'étaient pas toujours absents.

Les formules automatiques - Si les formes grammaticales ont disparu dans le langage propositionnel, elles n'ont pas disparu dans les formules automatiques qui sont conservées en nombre variable, et qui n'ont pratiquement disparu que chez trois de nos malades. Ces formules automatiques sont des formules de politesse et des expressions toute faites : "Je sais rien - Si tu veux - Tu sais bien - Je dis - Et puis d'abord - Ya des moments, c'est triste".

Signalons également le cas d'un de nos malades totalement agrammatique (Observation n° I6) qui, sous le coup d'une émotion, prononca une phrase grammaticalement normale. Alors qu'il

était au cinéma, assistant à la projection d'un film policier, au moment où on arrête l'assassin, il se lève soudain et dit : "Non, non, vous trompez, ce n'est pas lui le coupable".

L'agrammatisme suit donc la loi de BAILLARGER-JACKSON sur la dissociation automatico-volontaire : le langage volitionnel est très perturbé, le langage automatique ne l'est pas. Ce point déjà reparqué par PICK pour l'agrammatisme, a été plus récemment souligné par Th. ALAJOUANINE.

2 - Description - La description est bien entendu également agrammatique. Mais elle n'est pas absolument identique au langage spontané. Le style tend à devenir "style télégraphique" pur. Le malade abandonne les quelques formes grammaticales dont-il usait encore de temps en temps dans le langage spontané. Les verbes disparaissent presque totalement et sont souvent utilisés à l'infinitif. Les substantifs sont juxtaposés, seuls, ou accompagnés de leurs articles.

Reprenons par exemple l'Observation n° I5 dont nous avons étudié plus haut le langage spontané, d'où les verbes n'étaient pas absents. La malade décrit une image représentant un dîner familial, en utilisant un seul verbe : "Couvert - Manger - Grand-mère - Table - Tricot - Soupe - Jambon - etc. ...".

Citons encore l'Observation n° I9 dont les descriptions sont les suivantes : "Les vendanges - Le drap - Les pommes - La poule - L'assiette - Un oeuf - L'âne". "La salle commune - La grand-mère - Le couvert - La cheminée - l'horloge - Les jeux". Le langage spontané, présentait un effort de grammatisa-

tion, et, en tous cas n'était pas dépourvu de verbes : "Parler - Prononcer - Difficulté exprimer - C'est difficulté - Pouvais pas - Les mots, c'est les mots".

Remarquons que cette absence de concordance absolue entre le langage spontané et description ne doit pas nous surprendre. On sait en effet que la description de l'enfant, et celle des malades atteints d'aphasie de BROCA, mais non agrammatiques, tend à l'agrammatisme, et en particulier, au style télégraphique pur.

3 - Répétition - Nous observons ici le phénomène inverse. Il n'y a pas non plus concordance absolue avec le langage spontané, mais ici au contraire, comme ISSERLIN et PICK l'avaient déjà notés, l'agrammatisme devient moins net.

Une étude plus détaillée de nos malades donne les résultats suivants :

I - 6 de nos malades ne sont plus agrammatiques pour des phrases contenant 5 mots au maximum, la répétition de phrases plus longues, n'étant même pas esquissée.

2 - I4 ont une répétition qui demeure agrammatique.

a - Souvent ils ne répètent que le premier ou le dernier mot. Par exemple : "Il a neigé Dimanche abondamment", est répété "... Dimanche abondamment". Ou encore : "Le téléphone est interrompu dans la banlieue", est répété "Le téléphone".

b - Parfois, ils résument la phrase en un à deux mots.

c - Parfois, il y a à la fois, résumé et transformation agrammatique. Par exemple :"Dimanche - Abondant - Neiger".

d - Notons cependant, que même chez ces I4 malades dont la répétition demeure agrammatique, certaines phrases courtes, les plaçant dans des situations familières, sont répétées correctement. Par exemple : "J'ai faim" - "Je suis fatigué".

3 - Notons pour finir que cette tendance à "grammatiser" la répétition est surtout marquée, chez le malade en cours de rééducation.

4 - Epreuve des 2 mots en phrase - Comme on pouvait s'y attendre, cette épreuve est très perturbée, chez tous nos malades, qui se contentent généralement de répéter les 2 mots sans esquisser une phrase.

5 - Définition de mots - Elle se fait par l'usage, avec emploi du verbe à l'infinitif. Par exemple : Fourchette : Manger ou bien grâce à un substantif synonyme du mot demandé ou bien au moins par un substantif présentant quelque rapport avec ce mot. Par exemple : Ecole : Les enfants. Parfois, grâce à quelque formule automatique. Par exemple : Egoïste : Tout pour lui.

6 - Epreuves des lacunes à compléter, et

7 - Epreuves de "grammatisation" des mots pleins - Elles ne révèlent l'une et l'autre, rien qui ne soit déjà apparent dans le langage spontané, mais elles permettent, en précisant la nature du trouble agrammatique, d'obtenir une analyse plus détaillée du langage de ces malades, et d'étudier de plus près, la manière dont ils utilisent les "différentes parties du discours". Elles permettent enfin, comme nous le verrons, d'étudier le problème du paragrammatisme chez les agrammatiques.

ANALYSE DU LANGAGE AGRAMMATIQUE

A - Les "mots pleins"

Par sa définition même, l'agrammatisme est un langage qui n'utilise que ces mots à défaut des "mots de liaison". Nous allons vérifier cependant, leur emploi, et leur "grammatisation".

a - Emploi de ces mots.

I - Les substantifs et les adjectifs sont employés presque normalement. Cependant, il existe quelque fois une légère différence, que l'on peut remarquer dans l'épreuve des lacunes à compléter : Les substantifs manquant sont immédiatement donnés par tous les malades; les adjectifs le sont toujours également, mais, quelque fois après une certaine hésitation.

2 - Les verbes sont d'un emploi beaucoup plus inconstant, et le malade n'en dispose qu'avec beaucoup plus de difficulté. Lorsqu'il lui faut donner le verbe manquant dans une phrase, le malade l'indique parfois exactement. D'autre fois, il donne un verbe acceptable, mais qui n'est pas celui qu'aurait donné une personne normale. Par exemple (Observation n° I) "Tu coupes aux cartes", alors qu'on devait plutôt attendre "Tu joues aux cartes. De même pour le malade n° I3, qui donne "Tu bridges aux cartes". Parfois, enfin, les verbes sont remplacés par le substantif correspondant, ou une interjection. Il en est ainsi pour les malades n° I et n° 20 : "Le joueur a marqué un but, les spectateurs ont cris" ou bien "les spectateurs ont bravo".

En conclusion : le trouble n'atteint que très légèrement l'emploi des substantifs et des adjectifs, il atteint l'emploi

des verbes qui sont souvent manquant, ou approximatifs, ou remplacés par le substantifs correspondant.

b - "Grammatisation" de ces mots.

I - Le pluriel des substantifs et des adjectifs est formé sans hésitation. Ceci est exact chez tous les malades qui ont pratiqué cette épreuve. La formation des pluriels irréguliers se fait sans faute (Observations n° I-I0-I3-I9-20).

2 - La conjugaison des verbes est tout aussi déficiente dans le langage spontané, dans l'épreuve des lacunes à combler, et dans la conjugaison elle-même. Il est généralement nécessaire de donner au malade la Ière personne, pour le faire débuter. Les résultats les moins mauvais sont obtenus avec l'indicatif présent des verbes réguliers en er. Les auxiliaires avoir et être sont beaucoup plus mal conjugués : très souvent, le malade est totalement incapable de conjuguer quoi que ce soit, d'autre fois, la conjugaison s'exécute avec de nombreuses erreurs (Observation n° I : J'ai, tu ais, il ait). Parfois enfin (Observation n° I) le début est correct, et le malade change d'auxiliaire en cours de conjugaison : Je suis, tu es, il est, nous avons, vous avez, ils ont.

Notons enfin, la gravité de cette atteinte de la conjugaison grâce au fait suivant : en rééducation, ces malades peuvent parfois réapprendre à conjuguer, scolairement, mais ils ne peuvent utiliser ces conjugaisons dans le langage spontané.

En conclusion : la "grammatisation" des substantifs et des adjectifs n'est pas atteinte, celle des verbes l'est très profondément.

Donc, le trouble agrammatique, en ce qui concerne les "mots pleins" ne peut être assimilé à une atteinte pure et totale de la grammaire pour 2 raisons :

I - La "grammatisation" des substantifs et adjectifs est conservée.

2 - L'emploi d'un des "mots pleins", (le verbe) est troublé même en dehors de la grammaire (trouble de l'emploi même à l'infinitif).

B - Les "mots de liaison"

Par définition même, puisque, avec les pluriels et les conjugaisons, ils constituent la grammaire, à l'intérieur de la phrase, ils doivent être très profondément atteints par le trouble, à l'exception des interjections, surtout employées dans le langage automatique. Ceci est évident nous l'avons vu, mais une étude plus approfondie, nous permettra une analyse plus complète.

I - Les articles - Leur emploi est relativement conservé. Ce sont de tous les "petits outils du langage" les moins atteints par le trouble.

Les 3 cas (Observations n° 6-7-20) où ils ont à peu près totalement disparu du langage spontané, sont des cas où le langage est très pauvre.

Dans la description, ils peuvent être totalement absents (Observation n° I5) "Couvert - Grand-mère - Table - Tricot - etc. ...), ou tous présents : (Observation n° I9) "Les vendanges, le drap, les pommes, etc. ...), tous les intermédiaires

étant possibles.

L'épreuve des lacunes à combler, confirment cette impression : par exemple le malade n° I donne 3 articles exacts sur 6 demandés.

Notons à ce sujet que la malade n° 20 qui n'emploie pas d'articles spontanément, obtient des résultats toujours exacts dans cette épreuve. Ce qui prouve bien, que même lorsqu'ils ne sont pas utilisés, ces mots peuvent être dans certains cas à la disposition du malade.

2 - Les pronoms - Leur emploi a presque totalement disparu. On peut cependant en retrouver de temps en temps utilisés correctement, d'autre fois, à la manière "petit nègre". "Moi, fatigué", "Toi, en retard". Parfois ils sont utilisés correctement devant un verbe à l'infinitif : "Je lire".

L'épreuve des lacunes à combler confirme ces remarques. Par exemple le malade n° I ne donne qu'une seule réponse exacte, pour 8 pronoms demandés.

Si l'on retrouve parfois des pronoms personnels, les pronoms relatifs ont en tous cas, complètement disparu.

3 - Les conjonctions - Leur emploi est rare. Quelques conjonctions de coordination subsistent. Par exemple : "Et puis, rentré à midi 30". "Combattre, mais je ne sais pas, dans les chars".

Les conjonctions de subordination ont pratiquement disparu. Nous avons pourtant noté l'emploi de parce que : "L'école, parce que, malade".

Dans les épreuves de lacunes à combler, l'échec est quasi-total.

4 - Les prépositions - L'atteinte est à peu près identique. Quelques réponses exactes dans l'épreuve des lacunes à combler (Observations n° I-IO-I3-I9-20) mais surtout des échecs.

Un de nos malades (Observation n° 3) avait conservé la préposition "pour" qu'il utilisait à tous moments, d'une façon quasi-automatique : "pour les malades, pour l'hôpital, etc. ...".

5 - Les adverbes - Leur emploi est assez bien conservé dans le langage spontané, mais l'échec est à peu près total dans l'épreuve des lacunes à combler. Par exemple : "Avant hiver pour monter les arbres". "Aujourd'hui, le matin, travailler". "Après, les gens regardent". "Pierre, beaucoup génie maritime". "Pour aller plus vite, moi regarder". "L'hiver trop nerveuse". "Moi écrire beaucoup".

L'emploi des adverbes en "ment" subitement, extrêmement, etc. ... disparait à peu près totalement. Un de nos malades n° I9, cependant, utilisait l'adverbe "evidemment" d'une manière quasi-stéréotypée : "Malade, évidemment, Février, froid évidemment, par parler, évidemment".

LE PARAGRAMMATISME CHEZ LES AGRAMMATIQUES

Pour en finir avec l'expression verbale chez les agrammatiques, nous devons aborder le problème du paragrammatisme. On sait que KLEIST sépara nettement les 2 troubles dès I9I4. ISSERLIN en I922 faisait remarquer, que les paragrammatismes étaient très rares chez les agrammatiques, et pour lui, il ne

s'agit en tous cas que de "simples méprises verbales, qui ne relèvent pas d'un trouble de formation de la phrase". Pour lui et pour PICK, le paragrammatisme n'apparait que si le malade est sollicité de fournir une tournure grammaticale. Telle est bien notre opinion. Le paragrammatisme spontané est absolument exceptionnel. (Nous n'avons en effet noté que quelques confusions de genre de l'article : la ciseaux par exemple).

Par contre, si le malade "doit" fournir une tournure grammaticale, le paragrammatisme devient extrèmement fréquent. Mais le malade est alors presque toujours parfaitement conscient, dans ces cas, de ses erreurs. Les exemples de ces paragrammatismes sont faciles à retrouver chez nos malades n° I-IO-I3-I9-20. "Je me dirige avec le cinéma". "La maison à je suis le propriétaire". "L'enfant avec j'ai donné une récompense". Etc. etc. ...

II - COMPREHENSION

Depuis le moment où SALOMON en I9I4 posait le problème de l'existence ou de l'absence de troubles de la compréhension des formes grammaticales chez les malades agrammatiques, ce problème a été, nous l'avons vu, longuement discuté. Nous ne reprendrons pas cette discussion développée au châpitre de l'évolution des idées sur l'agrammatisme. Mais nous voulons cependant souligner les points suivants :

I - Les cas relevés dans la littérature ou l'on signale un important agrammatisme "impressif" ne sont pas à notre avis,

des agrammatiques purs. Nous considérons que ces malades sont à rejeter de l'étude de l'agrammatisme. Les formules paragrammaticales sont par trop nombreuses dans leur langage spontané. Il en est ainsi, par exemple du cas de BONHOEFFER, et des cas 2 et 3 présentés par ISSERLIN.

2 - Nous n'avons jamais relevé une absence totale de troubles comme chez le malade de FORSTER ou chez le Ier malade d'ISSERLIN (A vrai dire, ISSERLIN signale qu'il existait tout de même des troubles de la compréhension, de fines différences de signification).

3 - Nous partageons l'opinion de PANSE et de ses collaborateurs, qui considèrent l'agrammatisme comme "un trouble se manifestant essentiellement de façon expressive, et, dans une faible mesure de façon impressive".

Il est assez difficile de préciser l'importance du trouble. En effet il faut pour cela donner au malade un "mot de liaison" isolé, et chercher à deviner s'il en comprend la signification avec certitude. Ces malades ayant une expression réduite, et la signification de ces mots étant souvent difficile à indiquer en quelques mots, l'appréciation de la compréhension de ces mots peut être difficile. Lorsqu'ils sont placés à l'intérieur d'une phrase dont le malade comprend la signification globale, cette appréciation risque de se trouver faussée. Nous pouvons résumer les résultats des épreuves demandées aux malades de la manière suivante :

a - Lorsque la désignation exacte, ou l'exécution correcte d'un ordre dépend de la compréhension d'un de ces petits mots, l'épreuve est toujours réussie. Par exemple : "Allez près de la fenêtre". "Posez le livre sous la table", etc. ... Il en est ainsi pour nos malades I-IO-I3-I9 et 20. Nous avons dit que cette épreuve avait fort peu de valeur.

b - Les malades reconnaissent immédiatement l'absurdité d'une phrase, lorsque cette absurdité dépend du mauvais emploi d'une forme active ou passive : Par exemple : "Les parents sont élevés par leurs enfants", "Le boulanger est cuit par le pain", etc. ... Cependant, notons que le malade n° IO laisse passer une absurdité, alors que l'on avait compliqué la forme passive, avec la forme interrogative.

c - L'épreuve à choix multiple : présentation de 2 phrases, l'une grammaticalement correcte, et l'autre incorrecte, est toujours réussie, même lorsque la phrase incorrecte a été construite par le malade lui-même au cours de l'épreuve des lacunes à combler. Ceci d'ailleurs, ne saurait nous étonner, puisque lorsqu'il avait commis ce paragrammatisme, le malade en avait eut conscience.

d - Une phrase incorrecte paragrammatique ou agrammatique, présentée isolément est presque toujours reconnue comme incorrecte, mais pas toujours. Par exemple, la malade n° 20 accepte : "Il faut ___ je parte". La malade n° IO accepte : "Je travaille dans gagner ma vie".

e - Les malades peuvent indiquer par leur mimique que le sens de certains "petits mots" isolés n'est pas compris, alors que la plupart le sont. En insistant suffisamment, nous avons toujours trouvé des lacunes. Par exemple : les malades n° I et I3 ne comprennent pas les mots "Jamais" et "Toujours". Ils se répètent ces mots plusieurs fois à eux-mêmes, mais finissent par indiquer qu'ils n'évoquent rien, pour eux.

En conclusion : les troubles agrammatiques impressifs sont peu importants mais ils existent toujours. La compréhension des fines différences grammaticales, et de certains petits mots isolés est floue, incertaine, variable selon les malades, variable même chez un même malade selon les moments.

III - LECTURE

La moitié de nos agrammatiques est alexique. Nous ne parlerons maintenant que des malades non alexiques.

Lors de la lecture à haute voix, on peut mettre en évidence, des achoppements sur les formules grammaticales. Les troubles sont d'intensité variable. Parfois il y a seulement trouble de la lecture et omission des mots invariables, les articles, les pronoms et les verbes étant respectés. D'autre fois, la lecture se rapproche du style "petit nègre", avec réduction des verbes à l'infinitif. "A midi, Pierrot, Jacques et Papa viennent pour déjeuner, ils mettent le couvert" est lu "Midi, Pierrot, Jacques, Papa, venir déjeuner, mettre le couvert". D'autre fois, elle se rapproche du style télégra-

phique : "Depuis 8 jours, il y a une nouvelle petite soeur à la chaumière. Elle s'appelle Monique. Elle est toute mignonne et toute rouge" est lu "Nouvelle petite soeur, chaumière. S'appelle Monique. Rouge. Crier drôlement".

La lecture agrammatique a été retrouvée chez tous nos malades. LOW présente un malade dont l'expression orale spontanée était normale, mais dont la lecture était agrammatique

IV - ECRITURE

D'une manière générale, les malades se refusent à écrire. L'écriture spontanée est inexistante, et il faut beaucoup insister pour obtenir une écriture dictée.

4 malades seulement ont une écriture spontanée. La malade n° 8 qui a une écriture jargonnée, et les malades n° 4-I7-20 dont l'expression écrite est à peu près pareille à l'expression orale.

On peut donc noter une importante dissociation entre ces 2 modes d'expression chez I7 malades.

Cette dissociation existe également dans l'écriture dictée. En effet, en dehors des malades 4-I7-20 seul le malade n° I9 peut être suffisamment incité pour écrire d'une manière agrammatique. Les autres se refusent à écrire, ou aboutissent à un échec total, à l'exception des 4 malades I-3-7-9, qui peuvent encore écrire les substantifs.

En conclusion : la dissociation est nette. Elle ne se fait pas dans le sens indiqué par ISSERLIN qui écrit : "Le malade qui parle dans le style télégraphique correct tend à employer des formes grammaticales dans l'expression écrite ... La disposition de celui qui parle est propice au style télégraphique, celle de celui qui écrit est propice à l'effort de grammatisation". Il s'agit là d'une prise de position théorique, qui ne correspond pas à la réalité.

Un autre aspect intéressant de cette dissociation sort un peu de notre étude. Nous voudrions cependant le signaler brièvement. Il a été récemment développé, dans un travail de Ralph BAKER et DE RIBAUCOURT. Il s'agit de dissociations entre expression écrite et orale, qui sont telles que l'écriture est agrammatique, alors que le langage ne l'est pas. Deux sortes de dissociation peuvent aboutir à ce résultat.

I - Suppression du langage et agrammatisme écrit.

On sait en effet que lorsque le langage est supprimé, il existe schématiquement 4 possibilités pour l'écriture : supprimée, normale, jargonnée ou agrammatique.

Sur les 20 malades avec suppression du langage assez bonne compréhension, absence de détérioration, que nous avons pu retrouver au Centre du Langage, 3 avaient une écriture agrammatique.

Par exemple, l'un de ces malades écrit spontanément, pour raconter l'histoire de l'incendie, du test de TERMAN.

"25 Septembre - le feu - 100.000 Fr - Jeune fille".

Décrivant ses occupations : "Commerce du vin - Pêche - Pin - Auto".

Notons enfin que l'un de nos agrammatiques (n° 4) dont les 2 modes d'expression sont actuellement parallèles, a présenté pendant un certain temps, une telle dissociation, étant déjà agrammatique par écrit, alors qu'il ne possédait encore que quel ques stéréotypies verbales.

2 - Expression orale non agrammatique, et expression écrite agrammatique.

Parmi 20 malades atteints d'aphasie de BROCA habituelle d'intensité à peu ptès égale à celle de nos malades agrammatiques, c'est à dire bonne compréhension, expression orale réduite mais non agrammatique, 4, c'est à dire 20 % étaient agrammatiques par écrit. Par exemple, une jeune malade s'exprime de la manière suivante : "Je suis assistante sociale, je sais pas, j'ai mon travail, mon travail, je sais pas, j'aidais le Docteur" et écrit spontanément : "Ginette, lecture, lettre, écriture, chien, chat, table, l'enfant, lit, libre, coucher, dormir, diner, déjeuner, main, jambe, etc. ...".

PLACE DANS L'APHASIE

Après avoir étudié isolément les troubles agrammatiques, nous allons voir maintenant quels sont les troubles aphasiques et neurologiques, associés. Ceci va nous permettre de situer l'agrammatisme dans le cadre général de l'aphasie.

Disons tout de suite, d'accord avec tous les auteurs, que

l'agrammatisme appartient en propre à l'aphasie de BROCA, ou, d'une façon plus générale, aux aphasies comportant des troubles arthriques.

A - TROUBLES APHASIQUES ASSOCIES

I - E X P R E S S I O N

I - Langage spontané

a - Fluidité verbale

L'inhibition est en général importante. Il est nécessaire d'insister pour obtenir des réponses. Les questions doivent être assez précises et impérieuses, pour que le malade réponde autrement que par un seul mot-phrase.

Ces troubles peuvent être considérés comme très nets chez I6 de nos malades.

Néanmoins, sa coexistence avec l'agrammatisme n'est pas obligatoire, puisqu'il [illegible] chez 3 d'entre eux (n° 3-9-I5) et totalement inexistant chez le malade n° 7 qui était au contraire logorrhéique.

b - Troubles arthriques

Le débit est syllabaire chez tous les malades présentant une anarthrie dystonique. Mais en fait, I3 seulement de nos malades, présentent ce trouble avec netteté, 6 le présentent avec discrétion (n° 3-9-I6-I7-I8-I9). Il est totalement absent chez le malade n° I5.

Le syndrôme de désintégration phonétique décrit par Th. ALAJOUANINE, OMBREDANNE et DURAND, se retrouve dans un

pourcentage de cas identique et est parallèle au débit.

Parmi ces malades atteints de gros troubles arthriques se retrouvent ceux dont l'hémiplégie est la plus importante, ainsi que les trois seuls malades apraxiques.

Il faut bien préciser que l'importance et la netteté de l'agrammatisme n'a rien à voir avec l'importance des troubles arthriques. En effet, la lecture des observations, met en évidence que la plupart des cas d'agrammatismes, les plus démonstratifs figurent parmi les malades présentant peu ou pas de troubles arthriques.

c - Troubles de l'évocation des substantifs et adjectifs

La définition même, et l'étude analytique consacrée à l'agrammatisme, nous a suffisamment appris, qu'il s'agit là de la partie du discours conservée chez les agrammatiques. Cependant, 6 de nos malades achoppent fréquemment même sur les substantifs, dans leur langage spontané. (Observations n° 2-6-II-I2-I4-20).

Néanmoins ces malades ont à leur disposition tous ces substantifs. C'est ce que nous a montré l'épreuve des lacunes à combler, pratiquée chez la malade n° 20, et où la réussite, pour les substantifs et les adjectifs, est totale. C'est ce que nous montrera plus loin la dénomination.

2 - Répétition

6 malades présentent un syndrôme de désintégration phonétique dès le stade de répétition des syllabes.

Pour tous les autres malades, ce syndrôme ne se manifeste

qu'au stade des groupes consonnantiques.

En ce qui concerne le stade verbal, on retrouve le même type d'erreurs, au même stade de difficulté phonétique.

3 - Dénomination

C'est l'épreuve la mieux réussie chez tous nos malades. Seuls 2 d'entre eux (n° 5 et 6) présentent parfois une hésitation. Dans ce cas, l'ébauche orale minime suscite immédiatement l'évocation du terme adéquat.

II - COMPREHENSION

Aucun malade ne présente de troubles de la désignation de l'objet.

Deux d'entre eux présentent des troubles discrets concernant l'exécution d'ordres simples (n° 2 et I4).

Ces 2 malades et 3 autres (n° 3-II-I2) présentent des troubles discret de la compréhension des ensembles.

III - LECTURE

Comme nous l'avons déjà dit, la moitié de nos malades, exactement, présente une alexie de type aphasique, c'est à dire portant surtout sur les lettres et les syllabes.

Les IO malades présentant cette alexie (n° 2-3-5-6-7-8-9-I2-I4-I8) comprennent les 3 malades apraxiques. Parmi ces malades figurent également, les malades présentant peu de troubles arthriques, et les 5 cas présentant des troubles de la compréhension orale.

Au contraire, les IO malades ne présentant pas d'alexie

comprennent 7 malades très touchés au point de vue articulatoire.

D'autre part, les troubles d'écriture au stade littéral et verbal, sont plus importants chez ces malades alexiques.

Il n'existe enfin que 4 malades (n° 7-9-I5-I6) ne présentant aucun trouble de la compréhension des textes. 2 d'entre eux sont des malades présentant une alexie littérale (n° 7-9).

IV - ECRITURE

L'écriture copiée n'est troublée que dans 3 cas (n°5-6-I2). Ces 3 malades sont alexiques. Un est de plus apraxique (n° I2). La dictée des lettres et des syllabes n'est normale que chez 6 malades. La dictée des mots est pratiquement impossible chez I2 malades.

4 autres (n° I-3-7-9) écrivent en déformant les mots.

4 seulement (n° 4-I7-I9-20) nous l'avons dit, écrivent suffisamment pour qu'un agrammatisme soit décelable.

V - TESTS

Ils sont très peu perturbés dans l'ensemble.

Le test de la figure de REY et le test de BENDER sont perturbés de façon importante, dans 2 cas seulement (n° 6 et I2).

Chez 4 malades (n° 2-5-I2-I8) le quotient intellectuel est en dessous de 90.

Chez tous les autres, il se situe entre 90 et II0.

Tels sont les résultats de l'examen des troubles aphasiques chez nos malades agrammatiques. De toute évidence l'étude de ces troubles permet de ranger l'agrammatisme dans la catégorie de l'aphasie de BROCA.

Mais, une question demeure posée. En dehors de l'agrammatisme, ces malades présentent-ils certains autres troubles de la série aphasique qui permettraient de les singulariser, de les caractériser, même en ne tenant pas compte de leur agrammatisme ?

Pour essayer de répondre à cette question, nous avons comparé nos 20 malades, à 20 autres malades pris au hasard parmi des malades dont l'expression orale était atteinte de manière à peu près équivalente à celle de nos malades, n'était pas agrammatique.

En d'autres termes, nous allons rapidement comparer, 2 séries de 20 malades atteints d'aphasie de BROCA, d'une intensité comparable : une série représentant les agrammatiques, l'autre représentant des malades non agrammatiques.

I - COMPARAISON DE L'EXPRESSION

I - Langage spontané

a - Fluidité verbale

	Agrammatiques	Non agrammatiques
Troubles très importants :	I5	I5
Troubles discrets :	4	I
Pas de troubles :	I	I

Conclusion : les troubles de la fluidité verbale sont identiques dans les deux groupes.

b - Troubles arthriques

	Agrammatiques	Non agrammatiques
Troubles très importants :	I3	I5
Troubles discrets :	6	5
Pas de troubles :	I	0

Conclusion : Les troubles arthriques sont identiques dans les 2 groupes.

c - Troubles de l'évocation substantifs-adjectifs

	Agrammatiques	Non agrammatiques
Troubles très importants :		II
Troubles discrets :	6	9
Pas de troubles :	I4	0

Conclusion : Il existe ici une importante différence qui est, par définition même, celle qui sépare les agrammatiques des autres "BROCA".

d - Conservations des formules automatiques

Les deux groupes de malades sont identiques. Les formules automatiques tendent à disparaître chez 3 malades de chaque groupe.

2 - Répétition

Syndrôme de désintégration phonétique

	Agrammatiques	Non agrammatiques
Pour les syllabes simples :	6	8
Pour les groupes consonnantiques :	I4	I2

Conclusion : Le syndrôme de désintégration phonétique est identique dans les 2 groupes.

3 - Dénomination

	Agrammatiques	Non agrammatiques
Troubles très importants :	0	5
Troubles discrets :	7	9
Pas de troubles :	I3	6

Conclusion : La dénomination est moins perturbée chez les agrammatiques, comme on pouvait s'y attendre.

II - COMPARAISON DE LA COMPREHENSION

Il n'y a aucun trouble de la désignation pour tous les malades des 2 groupes.

	Agrammatiques	Non agrammatiques
Troubles pour les ordres simples :	2	0
Troubles de la compréhension des ensembles :	5	4
Pas de troubles :	I3	I6

Conclusion : La compréhension est à peu près identique dans les 2 groupes. On ne peut attacher de valeur à une différence si minime.

III - COMPARAISON DE LA LECTURE

	Agrammatiques	Non agrammatiques
Alexie aphasique :	I0	0
Troubles de la compréhension des textes :	I2	4
Pas de troubles :	5	I6

Conclusion : Il existe une différence très nette entre les 2 groupes.

IV - COMPARAISON DE L'ECRITURE

(En dehors des troubles de la syntaxe).

	Agrammatiques	Non agrammatiques
Troubles de l'écriture copiée :	3	2
Troubles de la dictée des lettres et syllabes :	I4	5
Troubles de l'orthographe des mots :	4	II

Conclusion : Il existe une différence très nette entre les 2 groupes.

CONCLUSIONS GENERALES

I - Les troubles aphasiques, sont à peu près identiques dans l'agrammatisme et dans l'aphasie de BROCA habituelle, d'intensité comparable.

2 - La seule importante différence porte sur la lecture et l'écriture.

a - La moitié des agrammatiques présentent une alexie de type aphasique, alors qu'il n'y en a pas dans les aphasies de BROCA habituelles.

b - La compréhension générale des textes est normale, seulement dans I/4 des cas d'agrammatisme et dans 3/4 des cas d'aphasie de BROCA habituelle.

c - La dictée des lettres et des syllabes, et l'écriture

en général (spontanée et dictée) est plus souvent perturbée ou impossible dans l'agrammatisme que dans l'aphasie de BROCA habituelle.

B - TROUBLES NEUROLOGIQUES ASSOCIES

I - L'agrammatisme est généralement associé à une hémiplégie spasmodique.

Dans I/4 des cas la récupération avait été assez bonne pour que le déficit moteur ait pratiquement disparu, la seule séquelle motrice étant alors une hémiparésie faciale du type central.

Les troubles de la sensibilité superficielle et profonde sont parallèles.

2 - Il n'existe pratiquement jamais d'apraxie; en effet, l'apraxie idéatoire et idéo-motrice n'était évidente que dans 2 cas, douteuse dans un 3ème cas (Observations n° 2-I2 et I4).

3 - Il n'existe pratiquement jamais d'hémianopsie : 3 cas seulement (Observations n° 2-5 et 9).

Nous allons maintenant comparer ces signes neurologiques à ceux présentés par le groupe témoin des 20 cas d'aphasie de BROCA habituelle et d'intensité comparable. Ces malades ont été dans les 2 groupes, examinés, dans un délai comparable variant de 6 mois à 3 ans après l'accident initial.

I - Dans les 2 groupes il existe une hémiplégie spasmodique avec troubles de la sensibilité superficielle et profonde associée.

Cette hémiplégie est très importante chez II malades agrammatiques et chez 6 malades atteints d'aphasie de BROCA habituelle.

Elle a à peu près totalement disparu dans un nombre de cas égaux (25 %).

2 - Le nombre des malades apraxiques est à peu près le même dans les 2 groupes (2 contre 3).

3 - Il en est de même pour l'hémianopsie (4 contre 3).

CONCLUSIONS GENERALES

Les symptômes neurologiques sont les mêmes dans les 2 cas. L'hémiplégie est demeurée très importante 2 fois plus souvent dans l'agrammatisme que dans l'aphasie de BROCA habituelle d'intensité comparable.

CONDITIONS D'APPARITION ET EVOLUTION

Nous avons exposé les caractéristiques de l'agrammatisme tel que nous avons eut l'occasion de l'étudier chez 20 malades âgés pour la plupart de 20 à 50 ans, tous droitiers.

Nous avons également exposé les différentes étiologies que nous avons rencontrées.

Il nous reste maintenant à étudier ses conditions d'apparition, c'est à dire l'accident initial au point de vue neurologique et au point de vue du langage, le délai qui s'est écoulé entre l'accident initial et l'apparition de l'agrammatisme, enfin ce qui s'est passé pendant ce laps de temps, c'est à dire le prélude

à l'agrammatisme.

Il nous faudra ensuite étudier l'évolution de l'agrammatisme une fois constitué.

A - CONDITIONS D'APPARITION

I - Accident Initial

Le début a toujours été brutal : dans II cas il s'est fait par un coma, dans 7 cas, il a été très brutal, mais sans coma. Dans 2 cas nous n'avons pas pu établir avec certitude l'existence ou l'absence d'un coma.

Si nous comparons avec le groupe témoin des 20 malades atteints d'aphasie de BROCA habituelle, nous constatons, que dans les 2 groupes, le début a toujours été brutal, mais qu'il s'est fait par un coma, 2 fois plus souvent chez les agrammatiques (II contre 6).

Cet accident initial s'est accompagné d'une hémiplégie importante I9 fois sur 20 dans les 2 groupes, et d'une hémiparésie, une fois dans chaque groupe.

En somme, au point de vue neurologique, l'accident initial se déroule dans l'agrammatisme comme dans les autres aphasies de BROCA : début brutal avec hémiplégie; le coma est plus fréquent dans l'agrammatisme.

La suppression du langage a été constante dans tous les cas où nous avons obtenu des renseignements suffisants c'est à dire pour I4 malades sur 20, ce qui est strictement identique à ce que nous retrouvons dans le groupe témoin. Mais dans 2 cas,

nous avons la certitude qu'il n'y a pas eut de suppression du langage dans le groupe témoin, alors que nous n'avons jamais pu en faire la preuve chez nos agrammatiques.

2 - DElai d'apparition de l'agrammatisme

L'agrammatisme se manifeste longtemps après l'accident initial. Le délai varie de 6 mois à 3 ans; dans la majorité des cas, il est de I an à I8 mois.

Nous avons relevé deux exceptions :

I - Une apparition après un délai de 2 à 3 mois seulement chez un enfant de 8 ans (Observation n° 6).

2 - Une apparition après un délai de 20 ans (Observation n° IO). Ce malade n'avait jamais été rééduqué, et usait d'un mot stéréotypé depuis son accident. C'est après quelques séances de rééducation qu'on vit apparaître l'agrammatisme.

Notons que ceci est en contradiction avec l'opinion de PICK qui affirme l'existence d'un agrammatisme initial survenant immédiatement après l'accident. BONHOEFFER présente également une observation dont nous avons déjà parlé, où l'agrammatisme avait été immédiat.

3 - Prélude à l'agrammatisme

Pendant que les accidents neurologiques associés, c'est à dire l'hémiplégie, vont régresser en plusieurs semaines ou plusieurs mois, d'une manière que l'on peut considérer comme satisfaisante dans I/4 des cas, très défavorable dans I/4 des cas, et à peu près moyenne dans la moitié des cas, le langage va évoluer schématiquement de la manière suivante : suppression du

langage, stéréotypie verbale, agrammatisme.

Cette évolution des troubles du langage mérite d'être détaillée. Th. ALAJOUANINE s'y est attaché tout récemment, en décrivant le prélude à l'agrammatisme.

I - Suppression du langage - Constante, nous l'avons vu, elle est d'une durée variable, de 2 semaines à 2 mois généralement, parfois moins : I jour (Observation n° 9), parfois plus, 5 à 6 mois (Observations 4 et I8). Cette durée n'offre rien de caractéristique, elle est comparable à celle présentée par l'ensemble du groupe témoin.

2 - Stéréotypies verbales - Dans les I4 cas où nous avons eut des renseignements certains, nous avons retrouvé l'existence de stéréotypies verbales.

Ces stéréotypies offraient les caractères habituels, bien décrits par Th. ALAJOUANINE : "aspect toujours identique à lui-même, débit rapide, presque explosif, caractère totalement involontaire, obligatoire, avec impossibilité de répéter volontairement le ou les vocables stéréotypés, allure non consciente du trouble bien que le sujet sache parfaitement qu'il a une perturbation du langage".

Les stéréotypies verbales retrouvées chez nos malades étaient des 2 types linguistiques décrits.

I - Trois malades avaient présenté une stéréotypie sans signification linguistique. Observation n° 3 : "Passer Mo-el, Pasère Moyel, Macel Moïel" pendant plusieurs mois. Observation n° 7 : "Palili, palili" pendant plusieurs mois. Observation n° IO : "Téti, téti" pendant près de 20 ans.

2 - Les II autres malades présentent une stéréotypie avec signification linguistique : "Merde - Pan pan - Papa - Oui - Marchez - Merde - etc. ...", pendant une durée variant de quelques jours à plusieurs mois, généralement de 3 à 6 mois.

Il faut remarquer que cette proportion : 3 stér éotypies sans signification linguistique, et II stéréotypies avec signification confirme l'opinion de Th. ALAJOUANINE sur l'évolution de ces stéréotypies.

a -"La moitié sont définitives : ce sont le plus souvent des stéréotypies sans signification linguistique". Nous voyons que les malades qui ont pu sortir de ce stade pour entrer dans l'agrammatisme avaient presque tous des stéréotypes avec signification linguistique.

b - "Presque tous les cas de stéréotypie définitive ont une apraxie associée". Nous avons vu que l'apraxie était rare dans l'agrammatisme (3 cas sur 20).

L'évolution des stéreotypies verbales vers l'agrammatisme est identique à l'évolution habituelle : "c'est d'abord le débit et l'intonation qui sont modifiés suivant le processus affectif à exprimer, c'est ensuite un freinage, d'abord ébauché, puis de plus en plus effectif de l'émission involontaire, puis apparition d'un langage vraiment volitionnel, le mot-phrase, en même temps qu'a disparu la non conscience du trouble et aussi que la réalisation verbale se ralentit et devient difficile.

L'expression verbale automatique, fait place à une expression voulue".

Bien entendu, cette évolution est un peu schématique, et l'on peut assister à la "pénétration" d'un stade dans un autre, c'est à dire, d'une part, à l'apparition inopinée, d'une phrase normale (formule automatique) au milieu de stéréotypies verbales (Observation n° 3 par exemple), d'autre part à la persistance de stéréotypie verbales alors que l'agrammatisme est déjà apparu (Observation n° IO par exemple), la stéréotypie ne représentant plus qu'un parasite gênant, une formule d'échec. Si bien qu'il peut exister, chez un même malade, à un moment donné, des stéréotypies verbales, des formules automatiques avec grammatisation normale, et un agrammatisme. Un exemple remqrquable, est formé par le malade n°3.

La durée s'étendant entre l'apparition des stéréotypies et l'agrammatisme est variable, nous l'avons dit : 8 mois à IO mois semblent représenter la moyenne des cas. Cette durée est sensiblement la même que celle retrouvée dans les aphasies de BROCA habituelles.

Une importante question se pose donc. Y a-t-il un moyen de prévoir l'apparition de l'agrammatisme, lorsque l'on se trouve devant un malade avec stéréotypies verbales ?

Notre expérience nous apprend que ceci est impossible. Les stéréotypies, leur mode et leur durée d'évolution revêtent la forme habituelle.

B - EVOLUTION DE L'AGRAMMATISME

Une fois constitué, l'agrammatisme est définitif. La rééducation pourra permettre au malade d'améliorer ses troubles arthriques, d'enrichir son vocabulaire, mais il ne récupérera pas un langage gra mmatical. Il pourra réapprendre à conjuguer des verbes, mais il ne saura pas s'en servir dans l'expression spontanée. L'agrammatisme ne représente donc pas un stade de la récupération du langage au cours d'une aphasie de Broca, mais un stade terminal.

Tout au plus, après de longs mois de rééducation, pourra-t-on assister à la réapparition de quelques phrases courtes à la forme active. La malade n° 8, par exemple, peut être jugée comme un cas très favorable : "Je lire, je bavarde, c'est tout. Elle travaille à la maison. Elle a la petite aussi. Les courses, la popote - faire à manger- et puis on sort. Ma fille bientôt six ans. Moulin à paroles. Oui, elle sait. Moi, je ne sais pas. Les lettres, c'est dur. Ça va mieux, quand même." Signalons, d'ailleurs, que l'agrammatisme n'avait jamais été aussi total que chez la plupart des autres malades. Au premier examen, l'expression spontanée avait été la suivante :" Une maison... à Cachan -une pièce et puis une grande, deux pièces, un jardin. Il y a des fleurs, elle est belle la maison, et puis le soleil toute la journée". On constate, en somme, que le progrès avait été minime.

Un cas exceptionnel est représenté par le malade n° 17. De nos malades (vingt), il est le seul à avoir récupéré cer-

taines formes grammaticales. Après des mois de rééducation, il a su utiliser d'une manière "passe-partout" les verbes AVOIR, ETRE et FAIRE. Il faut dire que, dès le tout début, son agrammatisme n'était pas aussi radical que chez certains autres malades, et que ses efforts et son assiduité en rééducation auraient été remarquables. Son langage spontané est devenu le suivant :"J'ai été en maison de repos, j'ai été promener, je fais du langage, je fais de l'aquarelle en ce moment, surtout la nature morte, et puis, il y avait le paysage, j'ai écriture dans mon bureau."

Répétons que ce cas est exceptionnel et, qu'en règle générale, l'agrammatisme persiste indéfiniment.

SIGNIFICATION DE L'AGRAMMATISME

ET SIEGE DES LESIONS

Nous serons bref au sujet du siège des lésions qui sont à l'origine de l'agrammatisme, d'une part parce que nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer de vérifications anatomiques, d'autre part parce que nous n'attribuons pas à l'agrammatisme un siège précis, notre opinion étant qu'il s'agit d'un phénomène "fonctionnel" secondaire d'une lésion de la partie antérieure de la zone du langage.

1) Siège des lésions.

Si aucune vérification anatomique n'a été pratiquée, l'examen clinique et les troubles aphasiques associés nous permettent, nous l'avons vu, de rattacher l'agrammatisme à l'aphasie de Broca, ce qui "a priori" réduit le problème des localisations de l'aphasie de Broca. Les examens électro-encéphalographiques confirment ces suppositions, sans donner d'ailleurs de précisions supérieures.

Par ailleurs, sept de nos malades ont subi des interventions neuro-chirurgicales, six pour traumatismes crânio-cérébraux, un pour ablation d'un tuberculome. Schématiquement, les renseignements fournis, du point de vue localisation, par ces interventions, sont les suivants :

a) Deux malades (N° 3 et 5) ont des lésions de l'hémisphère gauche, trop étendues pour fournir d'utiles renseignements.

b) Quatre malades (N° 1 - 2 - 4 et 6) ont des lésions qui semblent prédominer au niveau de la partie antérieure du lobe temporal.

- N° 1 : "Cerveau très oedématié. La ponction des cornes frontales et temporales ne ramène rien. Après incision entre T_1 et T_2, on tombe sur un hématome situé à 2 cm de profondeur".

- N° 2 : "Hématome intra-cérébral occupant surtout la portion antérieure du lobe temporal".

- N° 4 : "Orifice de trépanation chevauchant sur les régions pré-rolandiques et pariétales, et descendant largement sur la projection du lobe temporal".

- N° 6 : "Volet fronto-temporal ; première intervention : "Evacuation d'un hématome temporal gauche". Deuxième intervention : "Vers la pointe du lobe temporal, on sent une masse dure, masse anévrysmale qu'on enlève".

c) Un malade (N° 20) présente des lésions prédominant au niveau du lobe frontal : "Au niveau de F_3 et tout autour de lui, les circonvolutions sont manifestement dilatées et d'aspect repassé... Tumeur au contact interne de la tête du noyau caudé, immédiatement en arrière de l'insula".

Nous ne sommes pas en mesure de donner de précisions localisatrices supérieures et notre sentiment est qu'on ne saurait en donner. Nous pouvons seulement dire que l'atteinte de la partie antérieure du lobe temporal semble assez fréquente.

2) <u>Signification de l'agrammatisme</u>.

Nous avons déjà souligné dans notre introduction et dans notre étude analytique du langage que le terme agrammatisme (comme le faisait déjà remarquer LOW) s'il était commode, était assez inexact, puisque, d'une part, parmi les mots pleins" le trouble atteint sévèrement les verbes, et que d'autre part, parmi les "mots de liaison", il respecte relativement les articles, puisque enfin la "grammatisation" des substantifs et subjectifs était conservée. Les "moyens musicaux", accentuation, intonation, qui dans une certaine mesure (intonation interrogative par exemple) appartiennent à la grammaire, sont souvent conservés également. Ce sont donc, en fait les éléments

complexes du langage qui sont atteints, et non pas strictement les moyens grammaticaux.

Pour expliquer l'agrammatisme, il faudrait pouvoir expliquer d'abord pourquoi le malade a perdu la maitrise de certaines séries verbales, ensuite pourquoi il réagit à cette situation en employant un style agrammatique.

Il faut tout d'abord faire remarquer avec ISSERLIN et PICK, que ce style est correct, en tant que style télégraphique et qu'il est celui du langage des primitifs, des sourds-muets et des gens normaux, dans certaines situations de détresse, ou quand ils veulent s'exprimer dans une langue étrangère qu'ils possèdent mal. Il s'agit en somme d'une attitude fonctionnelle adaptée vis à vis de la "détresse verbale" dont le sujet est atteint.

Mais il s'agit bien d'une attitude pathologique, qu'on ne saurait identifier tout simplement d'une régression au stade où se trouve par exemple un adulte normal qui doit employer une langue qu'il possède mal, une langue dont il n'a pas encore acquis les automatismes. Le malade agrammatique a lui,perdu des automatismes qu'il avait acquis, il les a perdu du fait d'un processus pathologique. Si bien, que nous sommes ici en désaccord avec ISSERLIN lorsqu'il écrit : " Dans l'expression écrite, les conditions ne sont pas les mêmes... La réflexion et les essais sont permis, la stabilité de la chose écrite, s'oppose à la fugacité de la chose dite... La disposition de celui qui écrit est propre à l'effort de grammatisation". Ceci est vrai pour un adulte normal. L'écriture dans une langue étrangère, mal possédée sera plus grammaticale que l'expression orale.

La clinique nous montre que c'est exactement le contraire qui se produit chez l'agrammatique. Ceci est beaucoup plus en accord avec l'opinion de HEAD sur les troubles

aphasiques en général, qui représentent, selon lui, des atteintes des différents modes d'expression symbolique. Au point de vue symbolique, l'écriture occupe une hiérarchie supérieure au langage, on ne sera donc pas surpris si son atteinte est plus profonde. Ce n'est qu'en cours de rééducation, que le malade se trouve dans une situation un peu comparable à la situation de l'adulte normal. En effet, à ce moment, il arrive, que les conjugaisons souvent possibles par écrit, avec beaucoup de réflexion, et que ces nouvelles acquisitions ne soient pas utilisées dans l'expression orale spontanée.

Il s'agit donc bien d'un phénomène fonctionnel, mais d'un phénomène fonctionnel pathologique, ayant les caractères généraux de l'aphasie, et d'un phénomène automatique.

Il serait intéressant de savoir à ce propos, dans quelle mesure, ces malades, à l'intelligence conservée, ont conscience de leur trouble.

Certes, ils savent qu'ils sont atteints de troubles de la parole, globalement, et ils en souffrent. La plupart des agrammatiques, comme la plupart des malades atteints d'aphasie de Broca habituelle, sont tristes, et irritables. Mais il est bien certain que quelques uns d'entre eux n'ont pas une conscience constante de leur trouble. Ainsi le malade N° 3 (d'ailleurs remarquablement euphorique dans l'ensemble) s'emportait de temps en temps contre sa femme et ses enfants, surpris de n'avoir pas été compris. Il semble que cette conscience du trouble puisse disparaître lorsque l'expression d'une idée s'accomode du style télégraphique, lorsqu'il s'agit d'une idée extrêmement simple. Au contraire, lorsque cette idée nécessiterait des formules grammaticales complexes pour être exprimée avec précision, le malade échoue dans cette expression, s'irrite et a alors une pleine conscience de son trouble. Notons toutefois, que le malade N° 1, par exemple, déclare, lui, en avoir une conscience constante. Même lorsqu'il cherche

a exprimer une idée aussi simple, que "je me suis levé ce matin", il sait que cette idée, exprime "ce matin, lever" a été exprimé incorrectement.

Mais il faut bien insister sur le fait souvent noté par les auteurs, qu'il n'y a pas disparition totale de la possibilité d'utiliser des formes grammaticales. C'est simplement leur "réveil" qui est devenu difficile et presque impossible. Ce "réveil" peut être de difficulté variable, non seulement selon les malades, mais chez un même malade, selon les moments. Ce "réveil" dépend de multiples conditions, les influences affectives jouant le plus grand rôle (situation de l'orateur, rapports orateur-auditeur etc...). Au maximum, peut se réaliser la dissociation automatico-volontaire si caractéristique, et que nous avons longuement analysée chez notre malade N° 3.

En somme l'agrammatisme est un trouble qui se situe comme y a insisté PICK sur le chemin du progrès de la pensée du langage, et qui se manifeste du niveau de la phrase. PICK retient la définition de la phrase du psychologue du langage enfantin : STERN "La phrase est l'expression d'une attitude globale réalisée, ou sur le point de se réaliser, dans un contenu de conscience". La grammatisation est une étape sur le chemin qui va de la pensée informulée vers l'expression verbale. On doit éliminer les cas (qui ne sont à vrai dire que du pseudo-agrammatisme) où l'agrammatisme est dû au "moment" conceptuel, du fait de manifestations démentielles, et où il apparaît alors comme l'expression adéquate d'une pensée qui ne dépasse pas ce que ERDMANN (cité par OMBREDANNE) appelle le stade hypologique.

L'agrammatisme vrai dépend d'un trouble du "moment" linguistique qui peut être lui-même, selon PICK divisé en deux phases : la première étant celle de l'activation d'un schéma linguistique, qu'on peut se représenter comme un réseau dans les mailles duquel viendront s'insérer les mots, la seconde

est celle de la trouvaille du mot. L'agrammatisme vrai est lié à la difficulté de la trouvaille des mots, qui permettent l'agencement grammatical, chez des sujets dont la pensée est demeurée intacte.

Cette conception de PICK se rapproche à notre avis de la vérité. Et l'on comprendra, que notre accord avec cette conception, nous amène à conclure, que, ce qui est important, pour comprendre la signification de l'agrammatisme, n'est pas de retrouver son "lieu anatomique" avec certitude, mais plutôt son "lieu psychologique" sur le chemin allant de la conception générale de la phrase dans la pensée, à son expression linguistique.

Enfin, si on envisage l'agrammatisme, au milieu des autres manifestations de l'aphasie, ce trouble s'intègre dans le cadre général de la réduction du langage tel qu'on l'observe dans l'aphasie de Broca. Par leur signification psycho-physiologique, et par leur évolution, la suppression du langage, la stéréotypie, l'agrammatisme constituent autant d'aspect de cette réduction du langage. Et si l'agrammatisme comporte un trait personnel, c'est sa rareté.

C O N C L U S I O N S

Ce travail porte sur 20 observations d'agrammatisme, étudiées au Centre du Langage de la Salpétrière.

1) Définition : par agrammatisme, nous entendons un aspect particulier de l'aphasie dont le trouble essent el est une suppression de la construction grammaticale dans l'expression orale, en sorte que les phrases sont réduites à leur squelette.

Les aphasies dans lesquelles les difficultés de construction grammaticale constituent un élément accessoire parmi d'autres manifestations aphasiques plus importantes ne sont donc pas comprises dans le groupe de nos 20 cas d'agrammatisme.

Cette définition exclut, enfin, de notre étude le paragrammatisme ou dysyntaxie qui se caractérise par une construction syntaxique erronée des phrases.

2) Fréquence : ainsi définis, les cas d'agrammatisme sont rares : ils ne constituent que 3 % de l'ensemble des aphasies et, plus particulièrement, que 8 % des aphasies de Broca suivies au Centre du Langage.

3) L'étiologie : les conditions pathologiques qui sont à l'origine de l'agrammatisme sont les mêmes que celles de l'aphasie en général. Mais les proportions dans lesquelles ces étiologies se rencontrent sont assez différentes : les accidents vasculaires habituels sont relativement rares, alors que des étiologies moins communes, hémiplégies de la grossesse et du post-partum (20 %), et que les traumatismes cérébraux (30 %) s'observent plus fréquemment.

4) Description clinique.

a) Il est classique de distinguer deux types de langage agrammatique.

- Le style télégraphique ou énumératif constitué par la simple juxtaposition des mots et l'usage des verbes à l'indicatif présent (dans la mesure où ils sont employés).

- Le style dit "petit nègre" qui comporte une réduction des verbes à l'infinitif.

Ces deux aspects ne correspondent pas à deux types différents d'agrammatisme, mais sont toujours associés en proportion variable dans le langage de chaque malade.

b) L'analyse du langage oral montre que les mots qui le composent sont presque tous des substantifs et des adjectifs et qu'à l'opposé, il est plus ou moins complètement dépourvu des "petits outils" du langage (prépositions, conjonctions, pronoms et adverbes). L'emploi des verbes et des articles est toujours réduit, variable et lacunaire.

c) L'agrammatisme suit le principe de Baillarger-Jackson (dissociation automatico-volontaire), dans le langage spontané, persistent quelques rares formules automatiques comportant une construction grammaticale normale ; l'importance de la réduction grammaticale s'accentue à mesure que le langage devient plus propositionnel.

d) Le langage des agrammatiques n'est pas (ou qu'exceptionnellement) dysyntaxique, il ne le devient que si on oblige le malade à réaliser une construction grammaticale.

e) La lecture à haute voix, lorsqu'elle est possible est agrammatique, il en est de même de l'écriture.

b) Les troubles de la compréhension des formes grammaticales (agrammatisme impressif) sont beaucoup plus discrets que ceux de l'expression verbale (agrammatisme expressif), mais on ne saurait affirmer qu'ils font défaut.

5) Place dans l'aphasie. L'agrammatisme appartient en propre à l'aphasie de Broca ou d'une façon plus générale aux aphasies comportant des troubles arthriques. Il ne s'observe pas dans l'aphasie de wernicke. Les troubles aphasiques (inhibition, troubles arthriques, défaut de compréhension) et neurologiques qui lui sont associés, sont analogues à ceux qu'offrent les aphasies de Broca habituelles, d'intensité comparable. Toutefois, les troubles de la lecture sont nettement plus marqués dans le groupe des agrammatiques que dans celui des aphasies de Broca (dont les possibilités d'expression et de compréhension orale sont comparables).

6) Conditions d'apparition et évolution. L'agrammatisme se manifeste longtemps après l'accident pathologique : dans nos cas la date moyenne d'apparition se situe 18 mois après le début des troubles, la date la plus précoce étant de 16 mois chez l'adulte. Dans tous nos cas, l'aphasie, à sa phase initiale, s'est caractérisée par une suppression totale du langage, suivie par une phase de stéréotypie verbale (le passage de la stéréotypie à l'agrammatisme pouvant être favorisé par la rééducation). L'agrammatisme est définitif et le malade, s'il peut enrichir son vocabulaire, ne peut récupérer un langage grammatical.

7) Siège des lésions. Notre série de cas ne comporte pas de vérifications anatomiques. L'agrammatisme a selon nous une signification fonctionnelle, et le siège des lésions qui en sont à l'origine, est celui de l'aphasie de Broca en général.

VU, LE DOYEN :

VU, LE PRESIDENT DU JURY DE THESE:

VU ET PERMIS D'IMPRIMER, LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE :

BIBLIOGRAPHIE

ALAJOUANINE (Th.), DURAND (M.) et OMBREDANNE (A.)
Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie.
Paris, Masson, 1939.

ALAJOUANINE (Th.) et MOZICONACCI (P.)
Etudes sur l'Aphasie.
Sem. Hôp. Paris. 21 Mai 1947, p. 1221-1239.

ALAJOUANINE (Th.)
Essai d'une approche physiologique du langage pathologique (Extrait de "Les grandes activités du lobe temporal").
Paris, Masson, 1955.

ALAJOUANINE (Th.)
On verbal realisation in aphasia (Hughlings Jackson Lecture, Montreal, 1954).
(A paraître in Brain 1956).

ALAJOUANINE (Th.), CASTAIGNE (P.), LHERMITTE (F.)
ESCOUROLLE (R.) et RIBAUCOURT (B. de)
A propos de 43 observations d'aphasie post-traumatiques
L'encéphale 1956, 45, 2 (à paraître).

BAKER (R.)
Les dissociations entre l'expression orale et l'expression écrite.
Thèse, Paris 1956.

BASTIAN (H.C.)
Some problems in Connection with Aphasia and other Speech Defects.
Lancet (April 1897) 1, p. 933.

BONHOEFFER (K.), MONAKOW (C. von)
ZUR Kenntnis der Rückbildung motorischer Aphasien.
Mitt. Grenzgeb. Med. Chir. 1902, 10, p. 203.

BONHOEFFER (K.)
Zur Klinik und lokalisation des Agrammatismus und der Rechts-Links-Desorientierung.
Mschr. Psychiat. Neurol. 1923, 54.

BROADBENT (W.H.)
A cas of pecoliar affection of speech with commentary.
Brain 1879, 1, p. 484-503.

DELEUZE
Histoire critique du magnétisme animal.
(2ème édition).
Paris 1819, Tome I, p. 237.

FORSTER (E.)
Agrammatismus (erschwerte Satzfindung) und Mangel an Antrieb nach Stirnhirn-verletzung.
Mschr. Psychiat. Neurol. 1919, 46, 1.

GOLDSTEIN (K.)
- Uber die Störungen der Grammatite bei Hirnkrankheiten.
Mschr. Psychiat. Neurol. 1913, 34, p. 540.
- Language and Language Disturbances New-York 1948.

HEAD (H.)
- Speech and cerebral localization.
Brain 1923, 46, p. 355.
- Aphasia and kindred discorders of Speech.
New-York, Mac Millam 1926.

HEILBRONNER (K.)
Uber Agrammatismus und die Störungen der inneren Sprache.
Arch. F. Psychiat. 1906-653.

ISSERLIN (M.)
- Ub r Agrammatismus.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 1922, 75, p. 332.
- Die pathologische Physiologie der Sprache.
Ergebn. Physiol. 1929 et 33-1931.

JESPERSEN (O.)
The Philosophy of Grammer.
New-York, H. Holt, 1924.

KLEIST (K.)
- Aphasie und Geiteskrankheit.
Munch. Med. Wschr. 1914, 61, 8.
- Uber leitongsaphasie und grammatische Störungen.
Mschr. Psychiat. Neurol. 1916, 40, 118.
- Gehirnpathologische und lokalisatorische Ergebnisse
Mitteilung : Ueber motorische Aphasien.
J. Phsychol. Neurol. (Lpz.) 1930, 40,338.

KUSSMAUL (A.)
Les troubles de la parole.
Trad. Franc. Paris 1884.

LIEPMANN (H.), PAPPENHEIM.
Uber einen Fall Sog. Leitungs Aphasie
Z. ges. Neurol. Psychiat. 1915.

LOTMAR (F.)
Uber zentrale Störungen d. Sprache u. über d. Problem d. Lokalisation höherpsychischer Leistungen im Gehirn.
Schweiz. Z. Psychol. 1949, 8, 135 u.-253.

LOW (A.A.)
A case of Agrammatism in the English Language.
Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago) 1931, 1, p. 556.

MAAS
Uber Agrammatismus und die Bedoutung der rechten Hemisphäre für die Sprache.
Neurol. Zbl. 1920, p. 464-495.

MILLS (C.K.)
Treatment of Aphasia by Training.
J. Amer. Med. Ass. (Chicago) 1940, 43, p. 1904.

MITRAILLE (Ch.)
L'Aphasie sensorielle.
Thèse Paris 1896.

NIESSL von MAYENDORF (E.)
Vom lokalisations problem der artikulierten Sprache.
Leipzig. Barth 1930.

OMBREDANNE (A.)
L'aphasie et l'élaboration de la pensée explicite.
Presses Universitaires de France, Paris 1951.

PANSE (F.), KANDLER (G.), LEISCHNER (A.)
Klinische und Sprachwissenschaft liche Untersuchungen zum Agrammatismus.
Stuttgart, Thieme 1952.

PICK (A.)
- Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems 1898.
- Die agrammatischen Sprachstörungen.
Berlin 1913.

PICK (A.) und THIELE (R.)
Agrammatismus.
Bethe's Handbuch der Normalen und Pathologischen Physiologie. Berlin j. Springer 1931, p. 1469.

PITRES (A.)
- Etudes sur l'aphasie.
  Rev. Med. franc. 1895, 15, p. 873.
- L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques (3ème leçon).
  Progr. Med. (Paris) 1898, 28.

RIBAUCOURT (B. de)
Technique d'examen d'un aphasique.
Rev. de psychologie appliquée 1953, III, N°1, pp. 25-42.

RIBOT (Th.)
Maladies de la mémoire, 1881.

ROSS
On aphasia.
London, Churchill 1887.

SALOMON (E.)
Motorische Aphasie mit Agrammatismus und sensorish agrammatischen Störungen.
Mschr. Psychiat. Neurol. 1914, 35, p. 181,u. 216.

SCHOCH
Analyse d'une restitution du langage dans un cas d'aphasie motrice.
Thèse Strasbourg 1930.

STEINTHAL (H.)
- Einleitung i.d. Psychologie u. Sprachwissenschaft.
  2 Auflage, Berlin, 1871.
- Gesch. d. Sprachwiss. bei den Griechen u. Römern.
  2 Bde Berlin 1890-1891.

STERN
Die Kindersprache Leipzig 1907, p. 164.

WOHLHER de LORIOL
Troubles de la syntaxe dans les aphasies en régression.
Thèse Strasbourg 1937.